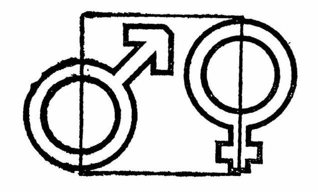
ОБЩАЯ СЕКСОПАТОЛОГИЯ

Руководство
для врачей

Под редакцией
Г. С. Васильченко





МОСКВА
«МЕДИЦИНА»
1977

УДК 616.69+618.17

АВТОРЫ КНИГИ:

И. Л. БОТНЕВА — с. *75—87, 168—175, 373—391, 396;* Г. С. ВАСИЛЬЧЕНКО, И. Л. БОТНЕВА, А. НОХУРОВ — с. *252—256;* Г. С. ВАСИЛЬЧЕНКО, Ю. А. РЕШЕТНЯК — с. *317—328, 417—425;* А. НОХУРОВ — с. 426—437; С. А. ОВСЯННИКОВ — с. *361—371.* Остальные разделы написаны Г. С. ВАСИЛЬЧЕНКО

«Общая сексопатология». Руководство для врачей. Под ред. Г. С. ВАСИЛЬЧЕНКО. М., «Медицина», 1977, 488 с., илл.

В основу руководства положен разработанный с позиций системного подхода единый принцип структурного анализа сексуальных расстройств, обеспечивающий постановку развернутого клинического диагноза, с учетом состояния психики, элементарных нервных регуляций, гормонального обеспечения и урогенитального аппарата в их интегральном взаимодействии. Книга отражает современный уровень развития сексопатологии, давая читателям систематизированный свод достижений как отечественных, так и прогрессивных зарубежных исследователей, и освещает весь круг вопросов, с которыми приходится иметь дело врачу при оказании помощи больным, страдающим сексологическими нарушениями. В ходе изложения осуществляется последовательный переход от самых элементарных понятий к решению сложных вопросов комплексной диагностики и терапии сексуальных расстройств. При этом рассматриваются биологические основы, анатомо-физиологические и психологические особенности половых проявлений у обоих полов, методика обследования, семиотика, этиология, патогенез и принципы лечения сексуальных расстройств.

Руководство рассчитано на сексопатологов и специалистов смежных дисциплин: невропатологов, психиатров, эндокринологов, урологов, гинекологов.

В книге 72 рис., 42 табл., библиография содержит 537 источников. Даны предметный и постраничные указатели литературы, рисунков, таблиц, клинических наблюдений.

For Summary see page 484

О $\frac{51700-343}{039(01)-77}$ Без объявл.

© Издательство «Медицина» · Москва · 1977

ПРЕДИСЛОВИЕ

В наши дни нельзя не видеть настоятельной необходимости выделения сексопатологии в самостоятельную клиническую дисциплину. Необходимость эта определяется, с одной стороны, социальными причинами, а с другой — фактором чисто гносеологическим — несоответствием понятий и диагностических приемов отдельных клинических специальностей (урологии, эндокринологии, невропатологии, психиатрии и т. п.) той сложной структуре многосистемных расстройств, которые наблюдаются у сексологических больных. В свое время публиковались данные, показывающие, что при отсутствии надежно функционирующей системы оказания специализированной помощи значительная часть сексологических больных, обращаясь к различным специалистам (психоневрологам, урологам, дерматовенерологам и т. п.), не может получить эффективной помощи.

Именно признанием факта необходимости изучения опыта различных стран для устранения стихийности в становлении национальных сексологических служб была продиктована организация штаб-квартирой Всемирной организации здравоохранения совещания по вопросам преподавания сексологии при подготовке медицинского персонала (Женева, 13—19 сентября 1972 г.). В ходе обсуждения центрального вопроса совещания — о формах преподавания сексологии—тщательному анализу подверглись три наиболее распространенные модели:

1. Некоординированная — когда студентам представляются отдельные аспекты сексологии на кафедрах общей биологии, анатомии, физиологии, урологии, эндокринологии, психиатрии и некоторых других. При этом объем сексологических сведений, вплоть до полного их исключения из лекционных курсов отдельных кафедр, в большинстве стран устанавливается произвольно, по усмотрению заведующих этими кафедрами.

2. Координированная — когда «роли» отдельных кафедр заранее согласовываются во избежание дублирования или исключения материала. Совещание констатировало, что при этой форме обучающиеся в лучшем случае получают механическую сумму сведений, не имеющих внутренней связи.

3. Интегрированная — когда сексопатологию преподают как самостоятельную клиническую дисциплину, располагающую

собственным понятийным аппаратом и собственными диагностическими и лечебными приемами и методами. В документах Женевского совещания были подчеркнуты особые заслуги ряда социалистических стран, и прежде всего ЧССР и СССР, по разработке понятийного аппарата, диагностических алгоритмов и по опыту обучения профессиональных кадров сексопатологов.

На совещании четко определились и нашли отражение в рабочей документации два подхода к оказанию сексологической помощи — дилетантский и профессиональный. Сопоставление опыта различных стран выявило общую закономерность, в соответствии с которой стадии выделения сексопатологии в самостоятельную клиническую дисциплину, представленную специалистами, прошедшими профессиональную подготовку, предшествует стадия допрофессиональная, когда теоретическими и практическими вопросами сексологии занимаются энтузиасты-любители, отдающие бо́льшую часть рабочего времени своей основной специальности (урологии, акушерству и т. д.).

Именно бурными темпами становления новой специальности объясняются некоторые «болезни роста», сказывающиеся, в частности, на качестве печатных изданий. Так, выпущенная в 1971 г. в Штутгарте вторым изданием монография «Сексуальность человека» под редакцией Гизе, названная в подзаголовке руководством (Handbuch), требованиям, предъявляемым к руководству, не отвечает, представляя по существу сборник разрозненных статей, подчас дублирующих друг друга или даже непримиримо противоречивых. Наряду с профессиональными сексологами (Зигуш, Шмидт и др.) к составлению книги были привлечены такие авторы, как Гебзаттель, вынужденный из-за отсутствия профессионального опыта оперировать теософскими рассуждениями и цитатами из Ветхого и Нового Заветов.

К сожалению, подобные «болезни роста» до сих пор не изжиты и в отечественной сексологической литературе. Наряду с ценными исследованиями монографического характера, посвященными отдельным аспектам сексопатологии, и значительным числом оригинальных статей, публикуемых в сборниках, выходящих ограниченными тиражами, издаются и переиздаются компиляции, авторы которых вследствие полного незнания фундаментальных работ по сексологии последних лет оказываются в плену метафизических концепций и пропагандируют ошибочные, безнадежно устаревшие взгляды, несостоятельность которых доказана в исследованиях ведущих сексологов мира.

В результате как широкие врачебные круги, так и начинающие сексопатологи оказываются перед множеством крайне фрагментарных и противоречивых работ, не дающих возможности составить цельное представление о современной клинической сексопатологии.

Вот почему, приступая к написанию данного руководства, авторский коллектив ставил перед собой следующие задачи:

1. Отразить современный уровень развития сексопатологии, как отечественной, так и зарубежной.

2. Изложить все вопросы общей сексопатологии, с которыми сталкивается сексопатолог в своей профессиональной деятельности.

3. Последовательно представить материал, рассчитанный на читателя, не располагающего предварительной подготовкой в области сексологии, проведя его от элементарных понятий к сложным по своей внутренней природе вопросам комплексной диагностики и терапии сексуальных расстройств.

Необходимо отметить некоторые особенности этого руководства.

Прежде всего вниманию читателя представляется одна из возможных концепций сексопатологии — концепция системная. И хотя нам представляется, что именно эта концепция наиболее адекватна и всему ходу развития человеческого знания в эпоху научно-технической революции, и специфическим особенностям половых функций, обеспечение которых опирается на интегральное взаимодействие многих парциальных систем человеческого организма, нельзя исключить правомерность выдвижения и других концепций сексопатологии. Как известно, концепции, опирающиеся на понятийный аппарат отдельных клинических дисциплин, в изобилии выдвигались в прошлом и некоторые из них до сих пор пользуются поддержкой. Именно это обстоятельство определяет главную отличительную особенность данного руководства — отказ от авторитарности изложения, негласно признаваемой в качестве неотъемлемого права составителей руководств, и как следствие этого отказа — убедительная аргументация материала, проявляющаяся в фактографической насыщенности, широта привлекаемых литературных источников и, наконец, подчеркнутая полемичность. Для построения системной концепции сексопатологии авторский коллектив использовал достижения широкого круга медико-биологических, социальных и общеметодических дисциплин, и читатель найдет на страницах руководства скрупулезно отобранные сведения из морфологии (в том числе эмбриологии), эволюционной биологии, физиологии, антропологии, социальной психологии, биокибернетики, а также ряда клинических специальностей, от урологии до психоневрологии, без привлечения которых невозможно построение стройной концепции сексопатологии, достаточно убедительно доказывающей правомерность ее выделения в самостоятельную клиническую дисциплину. Полемизируя с представителями других концепций, авторы цитируют как публикации своих оппонентов, так и работы своих предшественников, единомышленников и последователей. Однако необходимость привлечения библиографии из многих областей науки обусловила строгий ее отбор, чему способствовала высокая эвристическая насыщенность предлагаемого труда. Можно сказать, что

создание системной концепции сексопатологии было бы невозможно без широкого круга исследований, начиная с основополагающих работ И. И. Шмальгаузена, В. А. Геодакяна, Джона Мани и кончая проведенным С. С. Либихом системным анализом типовой структуры межличностных отношений, складывающихся при групповой психотерапии. Однако формирование единой, последовательной и строгой концепции системной сексопатологии даже при наличии всех названных работ было бы невозможно без оригинальных исследований, которые проводились и проводятся творческим коллективом отделения сексопатологии Московского научно-исследовательского института психиатрии Министерства здравоохранения РСФСР и связанными с этим коллективом специалистами. Именно их вклад позволил связать результаты, полученные широким кругом представителей различных областей человеческого знания, в единую клиническую концепцию, последовательно и аргументированно изложенную в представляемом руководстве.

При наличии несомненных достоинств, выгодно отличающих данное руководство от подобных изданий, опубликованных в ряде стран (США, ФРГ, Чехословакия, Болгария, Югославия, Польша и др.), данная работа, представляющая первый опыт последовательного изложения всего объема общей клинической сексопатологии на основе принципиально новой самостоятельной концепции, не может быть свободна и от недостатков, часть которых известна составителям (например, недостаточная разработка алгоритмов структурной диагностики половых расстройств у женщин, что сейчас интенсивно исследуется). Сотрудники отделения будут благодарны за любые критические замечания, советы и пожелания.

Директор Московского научно-исследовательского института психиатрии Министерства здравоохранения РСФСР
проф. А. А. ПОРТНОВ

ПРЕДМЕТ И ЗАДАЧИ СЕКСОПАТОЛОГИИ

Одно из наиболее адекватных определений предмета и задач сексопатологии принадлежит А. М. Свядощу: «Сексопатология — это область медицины, изучающая половые расстройства с целью их диагностики, лечения и профилактики» [213]. Однако оно не позволяет врачу, не располагающему опытом работы с сексологическими больными, составить достаточно четкое представление о месте, занимаемом сексопатологией среди других медицинских специальностей, поскольку урология, гинекология, акушерство, венерология и эндокринология также изучают определенный круг половых расстройств с целью их диагностики, лечения и профилактики. Чем же принципиально отличаются задачи и подход к расстройствам половой сферы сексопатолога, с одной стороны и, например, уролога — с другой? Уролог стремится определить характер процесса, отграничить хронический простатит от аденомы или злокачественного образования простаты и в решении этой главной для него задачи опирается на показания больного о нарушениях половых функций как на вторичные, более элементарные проявления. Сексопатолог, в отличие от уролога, решая те же совершенно облигатные задачи дифференциальной урологической диагностики, рассматривает характер протекания половых функций как наиболее важное проявление. Если, например, для уролога изменение продолжительности полового акта представляет лишь один из симптомов (к тому же не очень существенный по сравнению с объективными данными), то для сексопатолога сохранение или восстановление специфической функции составляет главную цель. Таким образом, первой чертой, определяющей сексопатологию как дисциплину, являются подчеркнуто функциональный характер и специфичность тех проявлений, с которыми имеет дело сексопатолог.

Эта особенность требует разграничения между сексопатологией и акушерством, поскольку обеспечение нормального течения беременности и родов, составляющее предмет и задачу акушерства, также функционально и неразрывно связано с основной и конечной задачей всей половой сферы в биологическом плане — прокреацией, т. е. воспроизводством. Здесь, однако, следует отметить, что при наличии таких дисциплин, как гине-

кология и урология, само существование акушерства, по-видимому, совершенно исключало бы необходимость сексопатологии, если бы все сексуальные проявления человека укладывались в рамки прокреации, т. е. ограничивались только биологическим планом. Между тем в ходе эволюции человека его половое поведение эмансипировалось от той прокреационно-биологической основы, на которой оно возникло, и приобрело функции, далекие от непосредственной задачи воспроизведения потомства. Спектр этих вторичных, чисто поведенческих проявлений сексуальности крайне широк и имеет сложные персонологические и социологические формы, которые развились от примитивно-символического утверждения господства в стаде до высочайших проявлений любви, раскрывающих глубину, многообразие и неповторимость человеческой индивидуальности. В современной медицинской и социологической литературе все эти чисто поведенческие проявления, связанные с сексуальной сферой и отличающиеся особой эмоциональной насыщенностью, обозначают как рекреационный[1] аспект сексуальности. Однако в медицинских специальностях, традиционно призванных устранять неполадки половой сферы, наблюдается повсеместная тенденция ухода от расстройств, затрагивающих рекреационные проявления. Урологу, озабоченному исходом сложнейших операций пересадки почки или экстирпации раковой опухоли, жалобы больного асептическим простатитом на укорочение длительности сношения нередко представляются досадной назойливостью ипохондрика. Точно так же психологически можно понять и досаду акушера, предпринимающего сверхчеловеческие попытки довести до благополучного исхода беременность у женщины с явлениями эклампсии, когда к нему обращается мать двух детей с жалобой на отсутствие оргазма, который самой ей, кстати, вроде бы и не нужен, но отсутствие которого заставляет мужа терзаться мыслью, что она его не любит. Между тем каждый сексопатолог знает, как еще более ничтожные трещины, развиваясь, приводят к глубокому отчуждению в семье или к распаду семейных отношений. Совершенно очевидно, что сексопатология, не посягая на традиционно закрепившийся за акушерством круг задач по обеспечению нормального протекания прокреативной функции женщины в фазах беременности и родов, призвана обеспечить диагностику, лечение и профилактику расстройств в фазе, предшествующей беременности. При этом следует подчеркнуть, что эти расстройства главным образом затрагивают сферу личности и носят поведенческий (чаще всего микросоциальный) характер.

Преобладание в любом сексологическом нарушении поведенческого и личностного аспектов требует четкого отграничения задач сексопатолога от тех задач, которые приходится решать

[1] Recreare (лат.) — воссоздавать, возобновлять, ободрять, отдыхать.

психоневрологу и психиатру. Выявляемая у большинства сексологических больных вовлеченность эмоциональной сферы и, с другой стороны, частота сексуальных переживаний в бредовых построениях психически больных не могут оправдывать тенденцию включать сексопатологию как раздел в рамки клинической психиатрии, поскольку сексологическим расстройствам присущи закономерности, для адекватного отражения которых понятийный аппарат клинической психиатрии оказывается недостаточным. Так, например, попытки толкования патогенеза транссексуализма с позиций чисто психиатрических, т. е. в рамках деперсонализационного синдрома, в настоящее время окончательно оставлены. Этому способствовали также экспериментальные и клинические данные (представленные в работах Йоста, Столлера, Бенджамина, Джона Мани и др.), вскрывшие системный характер и многомерную обусловленность этого комплексного по своей структуре расстройства. Более того, в свете достижений сексопатологии можно утверждать, что наличие у больных четко очерченных синдромов из области клинической психиатрии может служить надежным дифференциально-диагностическим критерием отсутствия многих форм сексуальной патологии. Так, сопровождаемая циничными фразами демонстрация половых органов, совершаемая психически больными, например, в состоянии психомоторного возбуждения, не может быть отнесена к эксгибиционизму, так как в основе этого расстройства лежит совершенно иная патогенетическая структура.

В период становления новой клинической дисциплины, когда еще не определились формы продуктивного взаимодействия с пограничными специальностями, нередко возникают трудности иного рода, в частности, проявляющиеся в тенденции переложить на плечи сексопатологов решение вопросов, которые им решать не положено. В повседневной практике эта тенденция выражается в ничем не оправданных направлениях на сексологические консультации, например, паранойяльных больных, жалующихся, что экраны всех телевизоров используются для того, чтобы вызвать у них атрофию тестикулов. Несмотря на то что у таких больных имеются сексуальные переживания (включенные обычно в бредовую систему), подобные переживания, тем не менее, не приобретают тех специфических свойств, которые принципиально отличают сексопатологические нарушения. Поэтому обязанность сексопатолога — избавить своего коллегу психиатра от необходимости оказания помощи сексологическим больным с психопатическими и невротическими проявлениями, если такие больные попадают на прием к психиатру; однако даже наилучший сексопатолог не может заменить психиатра, когда необходимо решать проблемы психиатрические.

Один из важнейших разделов сексопатологии включает интерсексуальные состояния, нарушения психо-сексуальной ориентации и половой аутоидентификации личности. До выделения

сексопатологии в самостоятельную клиническую специальность названными расстройствами занимались генетики, педиатры, эндокринологи, урологи, гинекологи, психиатры и др., которые при решении вопросов, связанных с ведением соответствующих больных (от определения половой принадлежности новорожденного до сложнейших мероприятий по смене пола у взрослых), испытывали затруднения, поскольку понятийный аппарат любой из этих специальностей соответствовал лишь отдельным аспектам крайне сложных проблем. Столь же фрагментарно, с акцентом на урологической, гинекологической и эндокринологической сторонах, продолжают разрабатываться в большинстве стран мира некоторые частные аспекты проблемы бесплодия. Поэтому очевидна необходимость решить кардинальный вопрос — продолжать ли изучение проблемы бесплодия усилиями разрозненных энтузиастов на отдельных кафедрах (акушерства, гинекологии, урологии, эндокринологии) и в аналогичных отделениях научно-исследовательских институтов или решать эту многоаспектную проблему комплексно, в рамках единого института сексопатологии, следуя убедительному примеру Карлова университета в Праге.

Поскольку клиническая сексопатология в большинстве стран мира еще не вышла из периода становления, в настоящее время можно предложить следующее рабочее определение предмета и задач этой дисциплины: *сексопатология — область медицины, изучающая функциональные аспекты половых расстройств (в том числе поведенческие, личностные и социально-адаптационные), сказывающиеся на всех рекреационных проявлениях и той части прокреационных, которая приходится на фазу, предшествующую манифестации беременности.*

Из этого определения, достаточно широкого в силу своего рабочего характера, опущена часть, формулирующая цели, поскольку диагностика, лечение и профилактика — конечные задачи любой клинической дисциплины и всей медицины.

Три концепции сексопатологии в практике оказания сексологической помощи

Различия во взглядах на место сексопатологии среди других медицинских специальностей оказывают влияние и на практику врачевания сексологических больных. Человек, испытывающий стеснение в груди, обычно обращается к терапевту; боль в ухе заставляет искать помощи у отоларинголога; расстройство остроты зрения, разумеется, приводит больного в кабинет офтальмолога. Но к кому же следует обращаться при ослаблении эрекций, расстройствах семяизвержения или снижении полового влечения? Здесь до последнего времени нет определенности в установках и действиях как больных, так и врачей. Страдаю-

щие сексологическими расстройствами мужчины при отсутствии налаженной сексопатологической службы обычно обращаются к урологам, невропатологам, венерологам, психиатрам и т. д. [50]. Понятно, что недостаточная ориентированность больных в этом отношении при наличии четких установок у врачей особой роли не играет и может легко корригироваться. Однако, несмотря на все более широкое распространение современного, научного понимания специфики сексуальных расстройств, отличающихся многомерной структурой, определяемой вовлечением ряда функциональных систем (утверждению этого подхода способствовал приказ № 920 министра здравоохранения СССР от 22 ноября 1973 г.), в широких врачебных кругах все еще бытуют устаревшие взгляды на место сексопатологии в системе медицинских специальностей.

Все врачи, к которым обращаются сексологические больные, разделяются на две группы. Представители первой считают себя недостаточно компетентными для работы с сексологическими больными. Они либо отказываются иметь дело с сексуальной патологией и отсылают больного к сексопатологу или к другим специалистам, не производя анамнестического и объективного обследования, либо ограничиваются ролью консультантов, дающих заключение в рамках своей специальности. Например, психиатр пишет, что у обследованного не выявлено психических расстройств, и рекомендует обследоваться и лечиться у уролога; невропатолог дает заключение об отсутствии заслуживающих внимания неврологических нарушений и тоже рекомендует урологическое обследование и лечение, а уролог заканчивает свое письменное заключение, описывая нормальную простату, рекомендацией обследоваться и лечиться у невропатолога или психиатра. В случаях, когда у больных диагностируется «подведомственная» данному специалисту патология (например, невроз или хронический простатит), врач проводит соответствующее лечение, подчеркивая при этом, что он лечит «свою» (неврологическую или урологическую) патологию, и отстраняется от патологии сексуальной (ибо по своему опыту знает, что излечение невроза или санация простаты обычно не сопровождаются устранением сексуальных расстройств).

Представители второй группы врачей, считающие себя достаточно компетентными для оказания помощи сексологическим больным, олицетворяют три концепции, существующие ныне в сексопатологии. Сторонники первой концепции исходят из того, что любой квалифицированный специалист (уролог, эндокринолог, психиатр и др.) совершенно автоматически является и сексопатологом, сужая в то же время сферу, в которой специалисту надлежит ориентироваться (рис. 1, а). Например, некоторые врачи-эндокринологи, пришедшие в сексопатологию, полагают, что сексопатолог, в отличие от «общего эндокринолога», имеет дело только с узким кругом нарушений функций тех

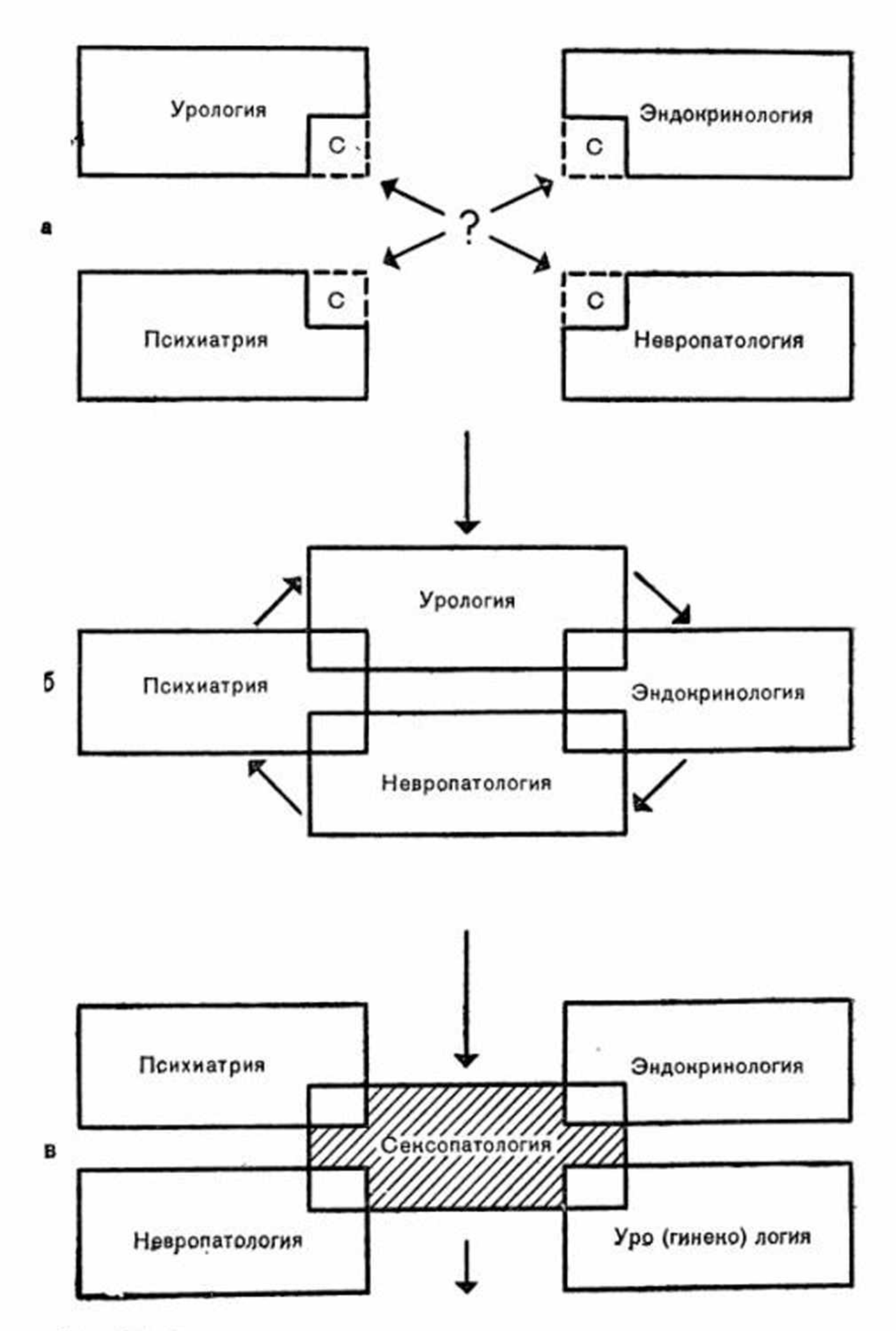


Рис. 1. Три концепции сексопатологии.

а. Редукционистская концепция: в представлении уролога («уросексолога»), эндокринолога и «психосексолога» (досистемный этап: отдельные фрагменты сексопатологии растворяются в рамках смежных дисциплин). б. Концепция «комплексного обслуживания» (псевдосистемный этап: сексопатологии как таковой нет, и роль сексопатолога редуцирована до обязанностей диспетчера). в. Интегральная (системная) концепция. Сексопатология формирует собственный категориальный аппарат (феноменология и приемы исследования, не обеспечиваемые ни одной из пограничных дисциплин,— обозначены штриховкой) и выделяется в самостоятельную клиническую дисциплину.

желез внутренней секреции, которые непосредственно связаны с половой сферой. Но наиболее ярко редукционизм этой концепции выражается в позиции некоторых урологов (иногда именующих себя уросексологами), которые сводят весь объем сексопатологии к поражению предстательной железы.

Сторонники второй концепции, исходя из того, что в физиологическом обеспечении половой функции принимают участие и психика, и нервные механизмы более элементарного порядка, и вся система желез внутренней секреции, и урогенитальный аппарат, считают, что проблема обслуживания сексологических больных должна решаться «комплексно», а именно путем организации сексологических диспансеров, где под одной крышей работали бы представители различных специальностей. При всей несомненной прогрессивности второй концепции по сравнению с первой (см. рис. 1, а, б) практическая реализация схемы «комплексного» обслуживания наталкивается на непреодолимые препятствия как организационно-эксплуатационного (в частности, бюджетного), так и методического характера. Препятствия эти при крайнем их внешнем разнообразии имеют один общий источник — недооценку специфики сексуальных расстройств.

В начале становления научной сексопатологии, когда ее проблемы разрабатывались отдельными энтузиастами, каждый из которых изучал сексуальные нарушения в рамках своей дисциплины, одним из основных методических приемов было изучение патологических отклонений в протекании половых функций, выявившихся в процессе развития эндокринных, нервных, психических, урологических и других заболеваний. При этом считалось, что каузальные корни сексуального расстройства вскрыты и исчерпывающе обоснованы самим фактом наличия какого-либо достаточно тяжелого заболевания. Между тем по мере создания фактографического фундамента сексопатологии накапливалось все больше наблюдений, противоречивших исходной гипотезе, согласно которой любое сексуальное расстройство есть лишь осложнение, результат какого-то основного заболевания. Неопровержимые клинические факты убеждали в том, что наблюдаемое у конкретного больного сексологическое расстройство есть нарушение sui generis, которое характеризуется собственной спецификой и никак не может быть втиснуто в рамки постулата об абсолютной, не знающей исключений, вторичности сексуальных расстройств, возникающих только при наличии какой-то иной нозологии. Такого рода наблюдения, воспринимавшиеся вначале как казуистические, постепенно утратили свою первоначальную парадоксальность и стали восприниматься как явление привычное и даже определенным образом группироваться.

Первую группу составили больные с тяжелыми формами психоневрологических, эндокринных, урологических и других за-

болеваний, протекающих без сексуальных расстройств. Оказалось, что неврологические больные, страдающие гемиплегиями сосудистого или травматического происхождения, болезнью Литтла или тяжелыми парапарезами вследствие органического процесса, поражающего среднегрудные сегменты спинного мозга, могут проявлять половую активность, не отличающуюся по ряду основных параметров от половой активности практически здоровых людей. Далее, в широких врачебных кругах прочно укоренилось представление, что импотенция следует за сахарным диабетом, как тень за человеком, а между тем клинические архивы последнего времени неопровержимо свидетельствуют, что определенная часть больных, страдающих тяжелым диабетом, до самых преклонных лет поддерживают уровни половой активности, доступные далеко не каждому «практически здоровому». Столь же радикального пересмотра потребовали и слишком «крылатые» мнения о патогенной роли хронических простатитов; упрощенное представление о наличии жесткой зависимости между степенью поражения простаты и выраженностью функциональных расстройств половой сферы при тщательном научном анализе с применением широкого набора сексологических критериев не подтвердилось; при этом выявились сложные, многофакторные отношения системного характера [61, 69, 70, 125, 277].

Вторую группу составили больные с выраженными сексуальными нарушениями при отсутствии формальных расстройств, не выявляемых даже при самом тщательном консультативном обследовании с применением традиционных критериев, используемых в клинической эндокринологии, урологии, невропатологии и т. п.

Таким образом, представление о существовании нозологических форм, механически порождающих сексуальные расстройства, не выдержало испытания фактами, которые свидетельствовали о том, что сексуальная патология отличается качественным своеобразием и не может быть сведена ни к прямому следствию какой-то иной нозологии, ни даже к простой сумме первичных несексологических синдромов.

Нельзя не видеть, что тот же редукционизм свойствен и второй концепции: сексопатология как таковая растворяется в лоскутном образовании, формируемом на стыке пограничных клинических дисциплин (рис. 1, б).

Таким образом, весь ход развития клинической сексопатологии приводит к третьей концепции (рис. 1, в), согласно которой сексопатология, опираясь на содержание ряда клинических специальностей и заимствуя выработанные ими приемы, в то же время стоит перед массой совершенно своеобразных явлений, отличающихся спецификой, ключ к пониманию которой не дает ни одна из пограничных специальностей, и требует своих собственных, адекватных этому специфическому содержанию

приемов, как методологических, в плане осмысления и систематизации клинических фактов, так и применяемых для практического исследования.

Поиск и отработка этих методик, которые в конечном счете интегрируются в единый специфический метод исследования, и представляют собой передний край, линию фронта сексопатологии на современном этапе ее развития. Именно здесь решается судьба сексопатологии, ибо только выработка единого специфического метода может представить решающее доказательство права сексопатологии на самостоятельное существование в ряду других медицинских специальностей.

КРАТКИЙ ОЧЕРК ОСНОВНЫХ ЭТАПОВ И НАПРАВЛЕНИЙ РАЗВИТИЯ СЕКСОПАТОЛОГИИ

Нельзя не согласиться с тем, что «в развитии любой научной дисциплины можно выделить определенные этапы: наблюдение, систематика, объяснение, прогнозирование, управление» [91]. В ходе развития сексопатологии выявляется условность подобного деления. Прежде всего условным оказывается сам термин «этап», так как с наступлением каждого последующего этапа основные тенденции предыдущего отнюдь не снимаются. Сказывается порождаемая диалектичностью процесса познания условность выделения этапов научного развития и их взаимное влияние, то, что «...последующий этап не только базируется на предыдущем, но и оказывает на него определенное влияние. Так, например, сбор информации в известной мере подчинен господствующим принципам систематики, теория (объяснение) влияет на систематику, но сама зависит от правильности прогнозирования поведения исследуемого объекта (системы), и т. д.» [91]. Поэтому правильнее говорить не об этапах, а о направлениях. Поскольку, однако, рождение новых направлений имеет определенные временные ориентиры, наиболее четкие как раз в начале новых этапов, в ряде случаев оказывается возможным употребление терминов «этап» и «направление» как отчасти синонимичных.

Если истоки сексологии (как системы знаний о половых проявлениях в широком плане) теряются во мгле столетий, то рождение научной сексопатологии можно обозначить датой опубликования в Париже в 1836 г. трактата Клода Лаллемана «О непроизвольных потерях семени» [427]. В истории становления сексопатологии Лаллеман сыграл крайне противоречивую роль. С одной стороны, применив специальный инструментарий, позволивший производить прижигания задней уретры, он сумел добиться улучшения при некоторых расстройствах эякуляции. Однако этот вклад отнюдь не уравновешивается тем отрица-

тельным влиянием, которое он оказал на последующее развитие сексопатологии. Прежде всего, не разграничивая крайне разнообразные симптомы расстройств эякуляции, он объединил и возвел их в ранг нозологии, обозначив термином «сперматорея» не только соответствующий симптом в современном понимании, но и весь очень широкий спектр как патологических, так и нормальных феноменов, связанных с эякуляцией, вплоть до викарного защитного механизма ночных поллюций. Один из учеников и последователей Аллемана, английский врач Драйздейл, своим трактатом, выдержавшим 35 изданий [347] и переведенным на десять иностранных языков [320], способствовал широчайшему распространению суждения своего учителя о поллюциях как о «самом ужасном заболевании» (most dreadful disease). Как выразился Фюрбрингер: «талантливый Аллеман своими классическими описаниями „непроизвольных потерь семени"... создал фантастическое учение, которое увлекло всех и составило новую эру в истории данного вопроса» [361]. Еще более отрицательное влияние на современников оказали практические успехи Аллемана, привлекшие широкий круг последователей, некоторые из которых крайне преувеличивали его тезис о роли заднего отрезка уретры как исходном пункте сексуальных расстройств. В конечном счете оформилось направление, которое можно обозначить как локализационистское, или наивно механистическое. Сторонники этого направления в качестве решающего критерия наличия сексуальной патологии избрали наличие грубых анатомических изменений в наружных половых органах и простате с прилегающими к ней образованиями. Яркой иллюстрацией этого направления является клинический «анализ», представленный Орловским [471]:

«Дело касалось одного австрийского ротмистра, который счастливо женился, но оказался импотентным по отношению к своей жене. По отношению к проститутке он был вполне потентен и регулярно и нормально два раза в неделю совершал половой акт. В качестве адекватного раздражения для этого необходимо было одно за другим: перетягивание шнурком члена и мошонки с одновременной флагелляцией и cunnilingus.

Тут не было ни импотенции, ни извращения... Само собой понятно, что никаких объективных данных, в частности, гипертрофии семенного бугорка, при однократной консультации нельзя было установить» (разрядка авторов).

Далее Орловский, следуя установкам Драйздейла, объявляет, что «поллюции бывают только у людей, занимающихся онанизмом», что любая поллюция, даже однократная,— явление патологическое, свидетельствующее о наличии гипертрофии семенного бугорка (там же). При ознакомлении с книгой Орловского «Половая слабость мужчины» нельзя не отметить характерного и для других представителей этого направления несоответствия широты теоретических обобщений по ряду основных вопросов

сексологии той чрезвычайно узкой концепции, которой он придерживался.

Подобные крайности постепенно вызвали возражения, направленные прежде всего против немотивированной веры во всемогущество вмешательств на заднем отрезке уретры, которые применялись некоторыми локализационистами буквально при всех видах сексологических нарушений, вплоть до перверзий. Так, Гэммонд (Hammond, 1885), признавая, что он в прошлом «причинил много боли и принес мало пользы», совершенно отказывается от прижиганий как лечебного метода. На защиту «печальных жертв неумелого и жестокого вмешательства фанатиков местной терапии, которые, несмотря ни на что, набрасывались на невинную уретру», выступают Фюрбрингер [361] и ряд других видных ученых.

Абсурд, до которого довели сексопатологию представители локализационализма, позволяя себе на основании ректального и уретрального обследования высказывать суждения о функциональном состоянии чисто нервных механизмов, имел, однако, ту положительную сторону, что помог осознать необходимость для сексопатолога обладать известным кругозором, определенным уровнем общей культуры. В результате оформилось второе направление, представители которого отличались широтой взглядов. Появились авторы, от Фореля (Forel, 1905) до Хэвлока Эллиса, которые в своих работах сочетали биологический (в том числе эволюционный), психологический, антропологический и этнографический аспекты, учитывали данные по истории культуры, религии и т. п. Самым знаменательным в становлении этого направления, которое с полным правом можно обозначить как энциклопедическое, явилась публикация семитомного труда «Исследования по психологии отношения полов» [352] английского врача, естествоиспытателя, педагога и эссеиста Эллиса, самого яркого и талантливого представителя этого направления [см. также 353 и 354].

Однако по этому пути, опиравшемуся на материалистические взгляды, пошла только часть сексологов, другая же свернула на путь идеалистических истолкований — на путь психоанализа, примкнув к фрейдизму.

Если представителям энциклопедического направления был свойствен лишь некоторый налет дилетантизма, то те сексопатологи, которые пошли за Фрейдом, постепенно скатились в беспочвенную вербалистику, типичной иллюстрацией которой может служить работа американца Берглера «Преждевременная эякуляция» [311], в которой механизм преждевременной эякуляции объясняется следующим образом: ранняя эякуляция лишает женщину оргазма, и этим мужчина наказывает ее, что является реализацией желания, скрытого от сознания больного; при этом в конечном счете он стремится наказать свою мать, которую данная женщина только символически замещает; в

свою очередь стремление к наказанию матери обусловлено мотивом мести за то, что она изменила ему, вступив в половую связь с его отцом (элементы эдипова комплекса); и, наконец, непосредственную радость от этого садо-мазохистского деяния больной испытывает якобы потому, что он, как и все другие пациенты, страдающие преждевременной эякуляцией, принадлежит к особой психологической группе, именуемой ловцами несправедливостей (injustice collectors).

Так, идеалистическая сексопатология окончательно вырождается в оторванную от жизни, жонглирующую словами, псевдонауку, а весь лечебный арсенал сексопатолога-психоаналитика исчерпывается бесконечным потоком слов, толкованием впечатлений раннего детства и символики сновидений.

Подобно тому, как в свое время чрезвычайная узость локализационистов сыграла определенную побудительную роль в возникновении энциклопедического направления в сексологии, явившегося реакцией на крайности предыдущего направления, на новом этапе также должна была рано или поздно наступить реакция на необузданный спекулятивизм психоанализа.

Однако чисто словесные перепалки, которые велись со сторонниками психоанализа на протяжении десятилетий, не давали ощутимого результата— психоанализ не только не терял сторонников, но даже умножал свои ряды. Необходимо было более действенное оружие, которое и было найдено.

Еще Галилей сказал, что книга природы написана на математическом языке. Азбукой этого языка являются цифры, и судьбу психоанализа в сексологии решила работа, состоящая из цифр, сведенных в таблицы и графики. Переломным годом, знаменующим торжество следующего, параметрического этапа развития сексологии, явился 1948 год, когда вышел в свет первый том коллективного труда под редакцией известного американского биолога Альфреда Кинзи «Половое поведение мужчины» [415]. Этот труд, получивший всемирную известность как «Отчет Кинзи», может служить образцом беззаветного служения науке: первый том явился результатом изучения собранных на протяжении девяти предшествующих лет 5300 индивидуальных интервью, каждое из которых проводилось по стандартизованной матрице, включавшей 521 пункт, а первые два тома, опубликованные при жизни Кинзи, основывались на 20 тысячах такого рода статистических обследований, из которых было отобрано 11 240, безусловно отвечающих требованиям научной достоверности.

Два первых тома «Отчета» [415, 416] явились лишь начальным этапом реализации обширного проекта, предусматривавшего проведение не менее 100 000 индивидуальных интервью, на основе которых предполагалось опубликовать новые монографические труды по вопросам детородной функции женщины,

легально-правовым аспектам полового поведения, взаимной сексуальной адаптации в условиях брака, гомосексуализму, проституции, половому воспитанию и др. При этом Кинзи предполагал собрать не мнения, а достоверные факты о том, как ведут себя люди при половом общении, причем собрать их совершенно объективно, отрешившись от религиозных и моральных оценок.



Альфред Чарльз Кинзи (1894—1956 гг.).

Для сбора материала рабочие группы выезжали в самые отдаленные районы, с тем чтобы обеспечить достаточную репрезентативность. Как в городах, так и в особенности в сельской местности исследователи нередко встречали враждебность со стороны невежественной и клерикально настроенной администрации.

После публикации двух первых томов «Отчета» препятствия переросли сначала в активное противодействие, а затем и в политическую травлю — Кинзи и его сотрудники стали объектом гонений. Остроту создавшейся ситуации может иллюстрировать следующая выдержка из документа [398], опубликованного в 1970 г. к 150-летнему юбилею Индианского университета:

«Сенатор Джозеф МакКарти начал кампанию против Рокфеллеровского фонда на том основании, что он предоставляет финансовые средства лицам и организациям, симпатизирующим коммунистическим взглядам и тем самым способствующим достижению коммунистических целей. В этой кампании сенатор и его помощники не стеснялись в средствах... Один из членов Палаты представителей потребовал запрещения пересылки экземпляров „Отчета Кинзи" по почте и изъятия их из военных библиотек. Был найден сервильный профессор, поставивший подпись на документе, выставлявшем Сексологический институт и вышедшие из его стен труды в самом неблагоприятном свете. Вооруженная этой бумагой, специально созданная экспертная комиссия оказала давление на Рокфеллеровский фонд. В результате, без привлечения других экспертов и не считаясь с опубликованными в научной прессе отзывами, экспертная комиссия вынесла решение, объявляющее продукцию сотрудников института не имеющей научного значения, оскорбляющей национальную гордость американского народа, подрывающей его моральные устои и тем самым способствующей захвату власти коммунистами».

Обскурантистская кампания привела к тому, что институт в 1954 г. был снят Рокфеллеровским фондом с финансового обеспечения, таможенные власти начали систематически задерживать поступающие в адрес института из многих стран мира материалы, объявив их «порнографическими», а самому Кинзи был предложен выбор — либо отказаться от педагогической активности, сохранив право продолжать собирание научно-исследовательского материала, либо сохранить право на преподавание ценой отказа от научных исследований [330].

После смерти Кинзи в 1956 г. реализацию его проекта продолжают его ученики, и из стен основанного им Блумингтонского научно-исследовательского института (Institute for Sex Research), возглавляемого антропологом Гебхардом, продолжают выходить новые труды [364, 363, 446 и др.].

Вклад Кинзи в развитие сексологии можно определить следующим образом: 1) он показал, насколько велик диапазон индивидуальных проявлений сексуальности человека, и представил основанные на огромном обследовании цифры, характеризующие эти проявления; 2) охарактеризовал динамику возрастных проявлений сексуальности; 3) вскрыл коррелятивные связи между основными сексуальными проявлениями и рядом социальных факторов (от степени экономической обеспеченности и образовательного уровня до принадлежности к различным религиозным группам).

Самая сжатая формулировка значения исследований Кинзи принадлежит Бречеру [320]: «...подвел под изучение сексуальности человека надежный квантифицированный фундамент».

Следует также отметить, что, хотя работы Кинзи и его сотрудников и вызывают ряд самых серьезных возражений общеметодического, статистического и физиологического плана (которые будут высказаны ниже), их изыскания способствуют прогрессу науки даже своими недостатками, обнажая пробелы, которые без этого попросту были бы не видны. Так, исследования Кинзи не решили проблемы установления нормы половых проявлений, поскольку основным методом исследований был метод статистический, а проблема нормы половых проявлений только статистически решена быть не может. Основной критерий дистрибутивной статистики, за рамки которой не выходил Кинзи, — частотность, а частотность и нормативность—понятия отнюдь не идентичные. В самом деле, если полагаться только на критерий статистической частоты, то такое явление, как насморк, ввиду его распространенности пришлось бы зачислить в норму человеческого существования. Но хотя работы Кинзи и не решили проблемы нормативности в сексологии, именно они четко обозначили недостаточность чисто физиологической изученности половых функций.

Выявившийся пробел был восполнен американскими исследователями Уильямом Мастерсом и Вирджинией Джонсон.

В специально оборудованной лаборатории в течение 11 лет, применяя новейшие регистрационные методики, они записали у 694 человек (312 мужчин и 382 женщины) в возрасте 15—89 лет более десяти тысяч полных половых циклов, при которых фиксировались все основные физиологические параметры, от пространственного расположения и степени кровенаполнения отдельных анатомических образований до записи токов действия. Кроме того, для более детального наблюдения и фиксации интравагинальных половых реакций, а также для оценки интравагинальных механических и химических противозачаточных средств исследовались половые реакции при искусственном половом акте. Оборудование для искусственного коитуса было сконструировано радиофизиками, специальная оптика и освещение холодным светом позволяли производить как наружную, так и интравагинальную цветную киносъемку, конструкция манипулятора давала женщине возможность регулировать амплитуду и частоту фрикций.

Всем участвовавшим в программе подробно излагались цели и задачи исследования и гарантировалась полная анонимность. Отобранных кандидатов сначала опрашивали, причем опрос проводился со значительным промежуточным интервалом двумя специалистами: сексологом-женщиной и сексологом-мужчиной, а затем данные сопоставлялись. Это делалось для того, чтобы из числа аппликантов выбрать наиболее подходящих, и, если расхождения между обоими протоколами были значительны, делался вывод, что у данного кандидата страдают либо память, либо способность самонаблюдения, либо способность передавать словесно свои субъективные переживания, и данный аппликант отсеивался. Там, где отклонения между двумя протоколами были минимальны, кандидат проходил во второй круг, получая возможность провести несколько пробных половых актов в условиях лаборатории. Если при этом у женщины исчезал оргазм, а у мужчины не вызывалась эрекция или отмечались существенные отклонения от того прошлого опыта, которым располагали исследуемые, и адаптация к осуществлению половой активности в лабораторных условиях не удавалась, то такие аппликанты также отсеивались.

Результаты этого этапа исследований Мастерса и Джонсон, опубликованные в 1966 г. в их первой монографии [449], дополнили наблюдения Кинзи прямыми физиологическими данными. Теперь сексология располагала фундаментальными сведениями как о статистических вариантах, так и о физиологии половой функции человека. Вместо односторонних субъективных самонаблюдений и словесных описаний, на которые приходилось полагаться до этого, были получены точные данные, закрепленные в графиках, отражающих количественные параметры, показывающие, что, как и в какой последовательности происходит при половом акте.

В своей первой книге Мастерс и Джонсон избегали высказываться о систематике патологических проявлений половой сферы, а тем более о лечебных приемах, и ограничились описательной характеристикой тех физиологических проявлений, которые развертываются на протяжении копулятивного (или, по их выражению, полового) цикла. Однако это свидетельство методологической последовательности не всеми было оценено по достоинству, и некоторые критики не удержались от поспешных обвинений в чрезмерной физиологизации половых проявлений у человека, а также в недооценке или даже игнорировании роли психики, специфически человеческих эмоций и других личностных параметров, возвышающих половой инстинкт до степени качественно новой категории — любви. Ответом на эти обвинения явилась вторая книга Мастерса и Джонсон — «Половая неадекватность человека» [450], излагающая систему клинических взглядов авторов и основанные на этих взглядах терапевтические приемы [56].

Как в первой, физиологической, так и во второй, клинической, монографии Мастерс и Джонсон на основе наблюдений, определенным образом их группируя, строят систематику, которая, однако, отнюдь не отличается принципиальной новизной, и предлагают крайне сдержанные объяснения, не выходящие за пределы частных механизмов. Тот факт, что исследователи даже не пытались построить единую теорию, так же как колоссальный разрыв между первой и второй монографиями, выразившийся в диаметральном расхождении акцентуаций (соматических проявлений — в первой монографии и крайней психологизации — во второй), по-видимому, носит преходящий характер и отражает определенную фазу их внутреннего развития, когда после оперирования в пространстве огромного множества очень рыхло между собой связанных физиологических феноменов проявилось стремление свести клинические аспекты сексуальности к минимуму, выделив какую-то одну определяющую детерминанту. На этом пути, стремясь придать своим клиническим взглядам максимальную стройность и простоту, исследователи впадают в чрезмерное упрощение, выражающееся в абсолютизации психогенных факторов в ущерб соматическим.

Так, патогенез ускоренной эякуляции сводится авторами к единому, чисто психогенному механизму, с ограниченным числом вариантов (опять же чисто психогенных): очень многие молодые американцы, говорят авторы, приобретают первый сексуальный опыт при общении с профессиональной проституткой, для которой быстрая эякуляция есть явление положительное: чем скорее освободит ее первый клиент, тем быстрее она сможет принять следующего и тем больше, в конечном счете, заработает. Других же молодых американцев, приобретающих первый сексуальный опыт при общении со случайными знакомыми,

в случайной и чаще всего неблагоприятной обстановке (в парке, в автомобиле и т. п.), опять же «подгоняют» как опасающиеся невольных свидетелей подруги, так и сами неблагоприятные обстоятельства. Все и всё торопят молодого американца, и привычка заканчивать половой акт как можно быстрее превращается в стойко фиксированный условный рефлекс, от которого он, женившись, не всегда может избавиться [450]. Безусловно, что советские сексопатологи, знакомые с полным регистром начальных и промежуточных патогенетических механизмов ускоренной эякуляции (от хронического простатита до синдрома парацентральных долек), подобную упрощенную схему в качестве универсальной принять не могут.

Столь же односторонне трактуются этиология и патогенез первичной (по терминологии авторов) импотенции; к этиологическим факторам отнесены психо-сексуальная травматизация при первых попытках начала половой жизни, религиозное воспитание, несбалансированное материнское влияние в детские годы и случайные гомосексуальные контакты, т. е. только факторы, воздействующие на психическую составляющую. Достаточно сопоставить соответствующий раздел книги [450] с анализом дебютантных форм импотенции, рассматриваемых советскими сексопатологами [67, 152], чтобы убедиться в полном игнорировании американскими авторами столь важных для рассматриваемой формы конституционального и нейрогуморального аспектов. Нельзя понять и отсутствие в длиннейшем списке рекомендуемых лабораторных методов исследования таких простых и обязательных в нашем понимании ингредиентов параклинической части обследования, как сперматограмма, определение уровня 17-кортикостероидов в моче и анализ секрета простаты.

Однако, несмотря на все отмечаемые у Мастерса и Джонсон и Кинзи с сотр. недостатки, обусловленные трудностями становления интегральной клинической специальности — сексопатологии, проведенные ими исследования нанесли сокрушающие удары по господствующему положению, которое вплоть до середины века занимали в общей и клинической сексологии представители фрейдизма. По признанию Marmor (1973), начало 70-х годов знаменует конец классического психоанализа, ищущего спасения в ассимиляции идей информационной теории, кибернетики и даже общей теории систем Берталáнфи. В одной из последних программных сексологических публикаций психоаналитиков Кунцлер [425] все еще пытается развенчать значение объективных симптомов в диагностике расстройств потенции, выявляемых «органологами» Heinke, Doempfer (1960) у обследованных ими сексологических больных с частотой 5—20% в противоположность психоаналитику Bergler (1937), обнаруживавшему ее у своих пациентов только в 1‰ (промилле!). Спекулятивность и умозрительность психоаналитических

построений объясняют враждебность психоаналитиков по отношению к любым попыткам параметрирования.

Представленная характеристика основных направлений в сексопатологии была бы неполной без упоминания так называемого викторианизма, уходящего своими корнями в христианскую мораль. Однако данный термин [320] нельзя признать удачным, так как он сужает истинные временные рамки этого направления и маскирует его религиозные истоки. Поэтому в данной работе это направление будет обозначаться как пуритански-аскетическое.

Широкое распространение термина «викторианизм» объясняется не только желанием избежать конфликта с церковью в странах с сильным ее влиянием, но и тем фактом, что именно в эпоху царствования английской королевы Виктории (1837—1901) были наиболее распространены ограничения, связанные с сексуальной этикой, и прежде всего так называемая двойная мораль, т. е. различия в кодексах сексуального поведения мужчины и женщины. Одно из проявлений викторианских установок — лозунг Ladies don't move (благовоспитанные дамы не шевелятся) предписывает женщине отдаваться пассивно и сохранять полную двигательную и эмоциональную заторможенность при половом акте, вплоть до диссимуляции оргазма и каких бы то ни было иных положительных чувственных проявлений, если они имели место. Религиозная мораль противопоставляла духовное плотскому, осуждая любое сексуальное проявление, не связанное с прокреацией. В течение столетий идеалы аскетизма утверждались авторитетом церкви, стремившейся подавить сексуальные проявления и добивавшейся этого методами устрашения. Однако по мере распространения научных знаний становилось все труднее поддерживать этот страх. Авторитет религии начинал шататься, и на смену ему приходил авторитет науки.

В этот критический момент церковь получила неожиданную поддержку в лице профессора барона Рихарда фон Крафт-Эбинга [421], который в серии работ, регулярно публиковавшихся как при его жизни, так и после его смерти, представил сексуальные проявления как паноптикум постыдных, нелепых и, наконец, трагичных по своим последствиям поведенческих актов.

Согласно викторианскому идеалу, благовоспитанный молодой человек в надлежащее время влюбляется, делает предложение руки и сердца, сочетается браком, а затем во имя прокреации время от времени совершает половой акт со своей супругой, сохраняющей при этом полную неподвижность и абсолютную невозмутимость. Педантичные описания бесчисленных отклонений от этого викторианского стандарта Крафт-Эбинг сопровождает рассуждениями о «моральном вырождении» и об онанизме как причине сексуальных отклонений, от фетишизма и гомосек-

суализма до Lustmord (убийство, стоящее в непосредственной связи с половым возбуждением).

Несмотря на то что научно-историческое значение исследований Крафт-Эбинга не выходит за рамки наблюдений и начальной фазы систематики, влияние его продолжает сказываться и поныне в виде издания его трудов и всяческих наукообразных произведений, по форме оригинальных, по сути же целиком инспирированных идеями и установками Крафт-Эбинга. Когда уважаемый профессор публикует на страницах выходящего огромным тиражом массового журнала «научно-популярную» статью, весь смысл которой сводится к доказательству того, что половая функция, в отличие от всех других функций (в частности, дыхательной и кровоснабжения), не является обязательной, что от полового воздержания еще никто не умер и что вообще всякий секс, даже совершаемый с законной женой, все равно предосудителен— такая статья не может не вызвать восторга у чиновника, служащего по департаменту общественных нравов.

В наши дни все завершается тем, что уважаемый профессор попадает в рекламные буклеты в один ряд с поставщиками бульварного чтива.

Некоторые особенности развития отечественной сексопатологии

Оценивая развитие сексологии в любой стране, необходимо иметь в виду, что как сама сексология в целом, так и один из важнейших ее подразделов — сексопатология все еще находятся в периоде становления, поскольку процесс выделения их в самостоятельные, независимые научные дисциплины далеко еще не закончен.

Канун первой русской революции, ознаменовавшийся обостренным интересом к человеку и его нуждам, обусловил пересмотр широкого круга установившихся понятий и норм, в том числе и в такой области, как половая мораль. В 1903—1904 гг. производится первая «половая перепись» московского студенчества. Опубликовать ее результаты удается лишь через несколько лет [266]. Еще большие трудности встречает проведение социологического анкетирования половых проявлений среди женщин: из 6000 анкет, распространенных специальной комиссией под председательством Д. Н. Жбанкова и В. И. Яковенко среди учащихся высших женских учебных заведений Москвы, бóльшая часть была конфискована полицией; удалось спасти только 324 заполненные анкеты, результаты обработки которых смогли быть опубликованы только после победы Великой Октябрьской социалистической революции [97]. Увеличение числа подобных социологически ориентированных исследований после 1917 г.

определяется следующими цифрами: если за 30-летие с 1882 по 1912 г. публикуется 14 таких работ, то только с 1922 по 1932 г. их публикуется 30 [54]. В американской литературе, готовя к печати первый том своего «Отчета», Кинзи с сотр. насчитали к 1948 г. только 19 подобных публикаций.

Среди отечественных сексопатологов можно найти представителей различных направлений, рассмотренных в предыдущем разделе: локализационистского, энциклопедического, спекулятивно-гипотетического, параметрического (главным образом статистико-социологической разновидности), пуританского и, наконец, системного, в котором органически интегрируются физиологические, клинические и социально-психологические методы и приемы. Существенные черты, характеризующие советскую сексопатологию, выступают при сопоставлении выделенных направлений под углом их относительной роли в методологическом и практическом планах: так, в советской сексологии психоанализ никогда не имел широкого распространения, в то время как локализационисты удерживают свои позиции до сих пор; системное же направление, впервые четко оформившееся именно в СССР, в настоящее время занимает ведущее положение.

Выдвижению на ведущие позиции системного направления способствовала характерная черта отечественной сексологии, заслуживающая быть отмеченной особо, а именно участие в разработке отдельных проблем сексологии крупнейших ученых, снискавших известность в отраслях знания, подчас весьма далеких от сексологии как таковой. Здесь прежде всего следует назвать плеяду выдающихся физиологов: И. Р. Тарханова [242, 243], Н. А. Миславского [456], М. В. Сергиевского (1929), Н. А. Рожанского (1957) и серии работ, выполненных в лабораториях И. П. Павлова, прежде всего М. К. Петровой (1936—1946); следует напомнить и о систематическом анализе сексуального поведения в классических трудах А. А. Ухтомского о доминанте [251, 252]. Значительное влияние на решение проблем и весь ход развития отечественной сексологии оказали работы В. М. Бехтерева [23, 24], И. И. Мечникова [163], В. М. Тарновского [241], М. Ф. Нестурха [172, 173], А. В. Вишневского (1909), М. И. Неменова (1916), Е. А. Попова (1934, 1947), П. Б. Ганнушкина (1901), П. И. Ковалевского (1908), Д. Н. Жбанкова [97], Г. А. Баткиса (1925) и др. Их усилия способствовали процессу выделения сексологии в самостоятельную отрасль науки на интегральной основе, обеспеченной предварительной разработкой различных аспектов проблемы.

Наряду с названными учеными следует особо выделить э н ц и к л о п е д и с т а-с е к с о л о г а Людвига Яковлевича Якобзона, труды которого [278—282] оказали решающее влияние на прогресс отечественной сексологии; многие из них не утратили своего значения и в наше время.



Людвиг Яковлевич Якобзон (1873—1943 гг.)

Особого рассмотрения заслуживают отечественные работы параметрического направления, ибо здесь у Кинзи с сотр. было много как предшественников, так и независимых исследователей, которым удалось то, что не удалось Кинзи. Выше упоминалось, что только к 1932 г. 19 публикациям американских предшественников Кинзи противостояли 44 русские публикации. Сам Кинзи не только знал об этих исследованиях, но и был детально знаком со многими из них, часто на них ссылался и оценивал их методический уровень выше, чем методический уровень соответствующих работ своих соотечественников. Столь же высокую оценку работы этого направления получили и в ряде других стран.

Представление о широте статистического охвата дают следующие цифры обследованных:

М. А. Членов [266]—2150 студентов мужского пола; И. Г. Гельман [78]—1214 студентов и 338 студенток; С. Я. Голосовкер [87, 88]—2034 молодых мужчин и 550 женщин; М. С. Бараш [18]—1450 рабочих мужского пола; С. Е. Бурштын [40]—4613 военнослужащих и студентов; В. Васильев [44]—250 женщин-киргизок сельской местности; Д. И. Ласс [142]—2326 студентов (1801 мужчина и 525 женщин); Н. С. Храпковская, Д. Ю. Кончилович [258]—3633 рабочих (3358 мужчин и 275 женщин).

Если суммировать общее число обследованных только названными отечественными предшественниками Кинзи, получится достаточно внушительная цифра. Однако гораздо более важным при сравнительной оценке квантификационных исследований Кинзи и отечественных авторов, проводивших аналогичные изыскания, является аспект не количественный, а качественный, и здесь полезно сопоставить публикации Кинзи и сотр. с соответствующими публикациями советских авторов последнего времени, в частности с работой И. А. Попова [188]. Противопоставление исследования И. А. Попова как сплошного исследованию Кинзи как выборочному было бы по существу неправильным. Дело в том, что сплошной или несплошной характер обследования еще не определяет и не исчерпывает статистическую значимость исследования. Ценность статистических исследований того типа, которые проводились Кинзи и И. А. Поповым, в значительной мере определяется их репрезентативностью, и при надлежащей технике (прежде всего безу-

пречной и последовательной рендомизации) можно получить достоверные данные при ограниченном объеме и несплошном обследовании и, напротив, не получить достоверных данных при сплошном обследовании более обширных контингентов, если эти последние отличаются характером распределения от изучаемой генеральной совокупности. Внимательно прочитав с. 93—102 первого тома «Отчета» Кинзи [415], можно убедиться, что он наряду с так называемыми partial samples использовал технику hundred per cent samples, которая заключалась в сплошном обследовании отдельных коллективов, причем эти обследования охватывали 26% общего числа всех обследованных (3104 человека), а численность каждого из этих коллективов, подвергавшихся, таким образом, сплошным обследованиям, была не менее 300 человек.

В данном случае недостаток работы Кинзи и явное преимущество исследования И. А. Попова совсем в другом. В представленном Кинзи материале преобладают люди интеллигентных профессий. Преимущество И. А. Попова как перед Кинзи, так и перед многими отечественными исследователями 20-х годов (исследовавших главным образом студентов и преподавателей либо военнослужащих) в том, что он в гораздо большей мере приблизился к исследуемой им генеральной совокупности, а именно типичному составу работающего мужского населения одного из промышленных городов центрального Казахстана.

В статистическом плане недостатком работы Кинзи является очень низкая степень репрезентативности полученного материала. В силу специфических трудностей Кинзи при осуществлении задуманного исследования в условиях США легче было применить технику hundred per cent samples среди университетских кругов и неизмеримо труднее — в массе «средних американцев», составляющих большинство населения страны. Например, из 5300 человек, на основании обследования которых написан первый том «Отчета», получают или имеют высшее образование 3154, что составляет 59,7% обследованных. Приведенный «проверочный» расчет полностью совпадает с данными самих авторов, согласно которым число лиц с образовательным индексом 13 и выше составляет 2476 (60,4%). Сопоставление этих данных с контрольной таблицей, в которой приведено распределение всего населения США по образовательному цензу (согласно переписи 1940 г.), показывает, что процент лиц с образовательным индексом 13 и выше в общей массе населения составляет лишь 11,7%. Кинзи отдает себе отчет в этом недостатке исследования и сам предупреждает об этом читателя.

При этом нельзя забывать об относительности рубрификации отдельных популяционных обследований в группы нерепрезентативных и репрезентативных. В самом деле, когда В. Васильев [44], объезжая кишлаки в различных частях республики,

обследует всех женщин в возрасте 15—75 лет, полученные им результаты можно признать репрезентативными для всего сельского населения республики, поскольку они допускают экстраполяцию в пределах общепринятых статистических отклонений и на не подвергавшиеся обследованию кишлаки; однако эти же данные не могут быть экстраполированы на население всей республики, так как женское население городов не обследовалось. Точно так же данные И. А. Попова, приближающиеся к требованиям репрезентативности в рамках промышленного города *центрального* Казахстана, не являются репрезентативными ни для сельского населения республики, ни, по-видимому, для всей республики в целом. И лишь единичные обследования, такие, как обследование Аукен [299], Хертофта [385], А. Востриковой [76] или С. Г. Струмилина [235], изучавшего влияние условий жизни и труда на брачную плодовитость женщины, могут быть безусловно признаны репрезентативными в масштабе страны.

Административные формы организации сексологической помощи в СССР определяются его огромной территорией. Это обусловливает необходимость децентрализации как единственно возможную форму организации помощи. В 1963 г. в г. Горьком был проведен первый всесоюзный семинар по подготовке врачей-сексопатологов. Пригласив ученых различного профиля (психиатров, невропатологов, урологов и т. п.), зарекомендовавших себя в качестве специалистов также и в сфере сексологии, для чтения лекций и проведения практических занятий, а в качестве слушателей собрав врачей, проявивших интерес к сексопатологии и уже имевших некоторый практический опыт работы с этим контингентом больных, организаторы семинара подготовили первый отряд *профессиональных сексопатологов*, т. е. врачей, основной обязанностью которых стало оказание помощи страдающим сексуальными расстройствами. Подобные семинары состоялись также в 1964 и 1966 гг. в г. Горьком и в 1967 г. в Москве на базе отделения сексопатологии Московского научно-исследовательского института психиатрии Министерства здравоохранения РСФСР. В результате систематической подготовки профессиональных сексопатологов на семинарах, а также на рабочих местах в настоящее время в стране создана сеть сексологической помощи: во всех республиканских, краевых и областных центрах, а также во многих крупных городах страны функционируют сексологические кабинеты или центры, обеспечивающие оказание квалифицированной сексологической помощи.

Первые годы функционирования этой сети сексологических кабинетов выявили как положительные, так и отрицательные стороны полной децентрализации, когда подготовленные на семинарах рядовые врачи постоянно работали как сексопатологи, а ведущие специалисты выступали в роли сексопатологов лишь

с началом очередного семинара, по окончании же его работы возвращались к своим основным обязанностям невропатологов, психиатров, урологов и т. д., сексопатология же для них становилась на весь период до следующего семинара не более чем профессиональным увлечением. С одной стороны, децентрализация максимально приблизила квалифицированную сексологическую врачебную помощь к больному, обеспечив ему обследование, лечение и последующее наблюдение без того, чтобы ехать в Москву или г. Горький, а с другой — растущие квалификация и практический опыт врачей-сексопатологов очень скоро пришли в противоречие с теоретической платформой, на которой стояли некоторые их наставники. Одним из самых ярких проявлений создавшейся ситуации явилась широкая волна самодеятельных классификаций, так как, например, введенный на Украине административным путем анатомо-феноменологический вариант синдромологической классификации, согласно которому самой частой (54,2%) клинической формой импотенции является «спинальная форма» с первичным поражением спинномозговых половых центров, не выдержав испытания практикой, вступал в непримиримые противоречия с фактами, а врачи-практики, лишенные методического руководства, вынуждены были собственными силами конструировать нечто более приемлемое каждый для себя. В результате утрачивался общий язык, и нередко два сексопатолога, работающие в разных городах, обсуждая больного, не могли понять друг друга.

С течением времени необходимость создания научно-методического центра, который, основываясь не на администрировании, а на строго научном подходе, мог бы объединить многочисленных сексопатологов, выделить узловые проблемы, провести оперативный сбор материала и его анализ и организовать широкое обсуждение и практическую апробацию соответствующих рекомендаций, привела к преобразованию Отделения сексуальной патологии Московского научно-исследовательского института психиатрии сначала в головное сексологическое учреждение РСФСР, а с 1973 г. приказом министра здравоохранения СССР за № 920 на него были возложены функции Всесоюзного научно-методического центра по вопросам сексопатологии.

Отделение начало работу с критического анализа опыта, накопленного с момента проведения первого сексологического семинара в 1963 г. Было проведено статистическое исследование конкретных приемов диагностической техники, применяемой представителями различных клинических дисциплин (сексопатологов, урологов, невропатологов, психиатров, эндокринологов и т. д.). При обобщении полученных данных с учетом опыта крупнейших сексологических учреждений (в первую очередь Пражского сексологического института, функционирующего с 1921 г.) были намечены основные направления исследований.

Прежде всего было выявлено, что в оказании помощи сексологическим больным наряду с профессионально подготовленными сексопатологами все еще принимали участие представители смежных клинических специальностей, недостаточно знакомые с достижениями современной сексологии, в связи с чем в практике обследования проявлялись рудименты исторически изживших себя этапов и направлений. Так, многие урологи остаются на позициях локализационизма.

Исходя из необходимости синтеза всего того, что может быть перенесено в сексопатологию из смежных дисциплин, и наряду с этим обязательности всемерного расширения арсенала специфически сексологических приемов диагностики, отделением была разработана первая редакция карты сексологического обследования для мужчин, страдающих расстройством половых функций. В последующие годы эта карта подвергалась изменениям с целью превращения ее в инструмент структурного анализа.

Структурный анализ сексуальных расстройств, лежащий в основе клинического подхода, разрабатываемого отделением, опирается на предложенную в 1952 г. физиологическую концепцию о стадиях и составляющих копулятивного цикла [47] и представляет совокупность приемов, позволяющих перевести симптомы, характеризующие состояние отдельных сторон половой активности обследуемого, на уровень синдромов, а затем сформировать представление об архитектонике всего расстройства в целом, с выделением ведущих этиологических причин и предрасполагающих факторов и с отграничением первично пораженных функциональных структур от вторично вовлеченных патологически деформированных парциальных систем и осложнений.

В 1970 г. на основе анализа более 1000 историй болезней клинического архива отделения были подведены итоги широкой апробации предложенной еще в 1952 г. патогенетической классификации расстройств потенции, представляющей первый этап построения общей классификации сексологических нарушений.

Современный этап развития сексопатологии

Наряду с некоторыми странами, достигшими несомненных успехов по отдельным аспектам клинической сексопатологии, в большинстве стран она находится в периоде становления. Однако общей для всех стран тенденцией является усиление интереса к этой отрасли знания в послевоенные годы, выражающееся в стремлении обеспечить население сексологической помощью. Возникла неотвратимая потребность в создании новой клинической дисциплины — сексопатологии. И если уроло-



Йозеф Хиние (Пражский сексологический институт).

гия выделилась из общей хирургии благодаря техническому прогрессу, обеспечившему объективные инструментальные методы исследования, то сексопатология — детище прогрессивной гуманизации послевоенного мира.

Учитывая неравномерность развития сексопатологии, поучительно проследить, в каких именно странах и как происходит выделение сексопатологии в самостоятельную отрасль науки. В этом отношении показательны уроки сексологического симпозиума, прошедшего 5—7 июня 1968 г. в Праге [512, 434]. В отличие от прежних симпозиумов по сексологии, созывавшихся обычно по какому-либо одному узкому вопросу (проблемы бесплодия, контрацепции и т. п.), данный симпозиум явился событием, не имевшим прецедента ни по широте обсуждавшихся проблем (от статистических вариантов сексуальных проявлений в различных группах населения и клинических нарушений у обоих полов до методических аспектов сексологии), ни по представительности (около 90 стран). Фактически это был первый международный съезд сексологов, и показательно то, что инициатором и организатором этого симпозиума явился один из старейших и самых заслуженных сексологов мира, директор основанного еще в 1921 г. Пражского сексологического института профессор Йозеф Хиние, основатель школы сексопатологов, осуществляющей на самом высоком техническом уровне широкую программу научных исследований в теоретической и прикладной сексологии.

Характерно, однако, что подавляющее большинство стран-участниц ограничилось пассивной ролью наблюдателей: выступить на симпозиуме с докладами пожелали только 23 страны (из 100 заявленных этими странами сообщений состоялось 80). И если широта отклика отражает актуальность проблем сексологии, то непропорционально низкая цифра выступлений свидетельствует, по-видимому, о том, что многим странам пока еще просто не с чем выступать. По числу заявленных и сделанных научных сообщений резко выделялись Чехословакия (заявлено 25, сделано 26), СССР (19 и 10), ГДР (8 и 7), ФРГ (13 и 10) и США (8 и 5). Остальные страны заявили и представили лишь единичные доклады. Язык цифр в данном случае пре-

дельно красноречив, ибо именно названные страны располагают специализированными научно-исследовательскими учреждениями в области сексологии. Примечательно, что Англия и Франция, заявив по одному докладу, не представили даже их и ограничились ролью наблюдателей, хотя обе страны располагают довольно развитой сетью организаций, проводящих сексологическую работу среди населения. Дело, однако, в том, что в ячейках этих организаций состоят юристы, педагоги, врачи, священники и деятельность их является чисто консультативной. По-видимому, на данном этапе, прежде чем «идти в народ», необходимо решить ряд кардинальных научно-методических проблем, что под силу лишь организованным научно-исследовательским коллективам.

Иллюстрацией и подтверждением сказанного может служить опубликованная в 1968 г. монография «О расстройствах половой потенции у мужчин» Джона Джонсона [403], основанная на докторской диссертации автора. Начав работу над темой в 1959 г., он собрал 76 клинических наблюдений, на которых и основываются 8 выводов, представленных им в книге. Если верить свидетельству издателя, «обзор литературы очень обширен и отражает все новейшие достижения сексологии в Объединенном Королевстве, США и СССР». Однако тщательный просмотр текста и библиографии показывает, что все новейшие достижения советской сексопатологии исчерпываются журнальной статьей В. Русакова (1964) о лечении импотенции пересадкой реберного хряща.

В основу классификации положено разделение всех наблюдавшихся нарушений на две основные группы: 1) расстройств, выявляющихся с самого начала половой жизни (45%); 2) расстройств, наступающих после периода более или менее благополучных половых отношений (55%). В свою очередь в каждой из основных групп выделяются две подгруппы: а) эректильной импотенции; б) расстройств эякуляции. Проследив катамнестически лечебные результаты у 60 больных, автор приводит следующие цифры, отражающие достигнутую им терапевтическую эффективность: 66,8% — без изменений, 16,6% — улучшение, 16,6% — выздоровление.

В дополнение к этим цифрам чрезвычайно показательны данные, свидетельствующие о том, что наилучший исход наблюдался в группе больных, которые получали только гигиенические рекомендации (без изменений — 0, улучшение — 2, выздоровление — 2), вслед за этим следует группа, в которой применялась психотерапия (без изменений — 9, улучшение — 3, выздоровление — 4), и группа, в которой больные не получали ни лечебных, ни гигиенических рекомендаций (без изменений — 17, улучшение — 3, выздоровление — 3). Наихудшие результаты получены от применения тестостерона (без изменений — 10, улучшение — 2, выздоровление — 0). Демонстрируемая этими цифрами крайне низкая терапевтическая эффективность представляет естественное следствие слабости исходных теоретических предпосылок (находящих, в частности, отражение в предлагаемой автором клинической классификации, основывающейся на чисто симптоматических критериях).

Таким образом, эта новейшая монография по мужской сексопатологии может представлять лишь исторический интерес, отражая то очень скромное положение, которое занимала клиническая сексопатология Великобритании к концу 60-х годов.

Не лучше, однако, обстоит дело и в некоторых других странах Европы. Так, в первом томе руководства по сексологии,

опубликованного в 1974 г. в ГДР [498], классификация тех же расстройств выглядит еще проще, чем у Дж. Джонсона, разделяясь не на четыре, а на две основные формы: 1) нарушения эрекции (die erektiven Potenzstörungen); 2) расстройства эякуляции (die Ejakulationsstörungen).

Если вспомнить, что прогрессивные сексологи Мастерс и Джонсон после периода скрупулезной регистрации множества довольно рыхло объединенных соматических проявлений полового возбуждения, даже не сделав попытки построить единую теорию, переходят к лечебной практике, основывающейся на чисто психологических трактовках и поведенческих механизмах, то придется сделать единственно возможный объективный вывод — при всех несомненных успехах последних десятилетий, достигнутых по ряду частных аспектов, клиническая сексология в целом переживает критическую фазу своего развития.

Эта фаза характеризует и отечественную сексопатологию, где наряду со сторонниками системного подхода удерживают позиции приверженцы локализационизма.

Общая сексопатология

РАЗЛИЧНЫЕ МОДЕЛИ ПРОЦЕССА РАЗМНОЖЕНИЯ В ПРИРОДЕ

Размножение — способность к воспроизведению себе подобных, присущая всем организмам и обеспечивающая сохранение биологического вида, а следовательно, и жизни на Земле.

В природе известны различные формы размножения. Наиболее древним является бесполое размножение, характерное для простейших. Отличительная черта бесполого размножения — возникновение новой (дочерней) особи без предварительного слияния исходной (материнской) особи с другой особью. Бесполое размножение в широком смысле включает в себя деление, спорообразование, вегетативное размножение, в том числе почкование и фрагментацию.

Своеобразными формами полового размножения являются конъюгация (у некоторых водорослей, инфузорий, бактерий), при которой происходит временное соединение двух одноклеточных особей, сопровождаемое обменом некоторых частей ядерного аппарата [205], и партеногенез. Последний феномен (буквально означающий девственное размножение — греч. parthenos — девственница и genesis — рождение) представляет однополое размножение, при котором развитие зародыша из яйцеклетки происходит без оплодотворения [511].

Половое размножение характерно для большинства обитателей Земли; оно обеспечивает «как общность морфо-генетического строения всех сочленов популяции, так и возможность многократного увеличения генетического разнообразия посредством комбинации наследственных элементов» (Б. Л. Астауров и др., 1970). Конкретные механизмы роли раздельнополости в эволюционном процессе, проливающие свет на ряд проблем клинической сексопатологии, вскрыты в серии работ советского исследователя В. А. Геодакяна [79—82].

У большинства организмов, размножающихся половым путем, половые клетки *(гаметы)* дифференцируются от остальных клеток тела, имеющих стандартный набор хромосом *(аутосомы*, или *эухромосомы)*. У многоклеточных животных как жен-

ские гаметы *(яйцеклетки)*, так и мужские *(сперматозоиды)* вырабатываются в специальных половых железах (*гонадах*), подразделяемых на женские — *яичники* и мужские — *семенники*, а встреча гамет и их слияние (оплодотворение) облегчаются наличием особых *половых органов*.

ЦИТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ, ДЕТЕРМИНИРУЮЩИЕ ПОЛ ЗАРОДЫША ПРИ ПОЛОВОМ РАЗМНОЖЕНИИ

Цитогенетическими исследованиями установлено, что у высших организмов все соматические клетки обоих полов имеют одинаковый двойной набор аутосом (2А) и разные половые хромосомы. При этом один пол дает только один тип гамет (например, в яичниках человека в норме образуются только половые хромосомы типа X), а другой пол дает два типа гамет (например, в семенниках человека — половые хромосомы типов X и Y). Таким образом, один из полов (у человека — мужской), образуясь из двух разных гамет, имеет гибридную генетическую конституцию (XY) и поэтому называется гетерогаметным. Противоположный пол, определяемый набором из двух гамет одного типа (XX), имеет однородную генетическую конституцию и называется гомогаметным (рис. 2). У большинства видов, в том числе у всех млекопитающих, гетерогаметным является мужской пол. Однако у некоторых видов, в частности у птиц и бабочек, гетерогаметен женский пол.

Таким образом, у человека и других млекопитающих пол зародыша определяется с и н г а м н о, т. е. при акте оплодотворения [236]. У организмов с мужской гетерогаметностью оплодотворение яйцеклетки сперматозоидом, несущим Y-хромосому, приводит к развитию мужского зародыша, а оплодотворение сперматозоидом, несущим X-хромосому, приводит к развитию женского зародыша. При этом подразумевается, что сперматозоиды, несущие X- и Y-хромосомы, образуются в гонадах в равных количествах и, следовательно, появление того или другого пола имеет равную степень статистической вероятности, целиком завися от игры случая [529].

СООТНОШЕНИЕ ПОЛОВ

Однако ожидаемое в теории чисто статистическое распределение полов, которое по закону больших чисел должно стремиться к соотношению 1 : 1, в действительности не подтверждается.

Соотношение полов в биологии определяется количеством самцов, приходящихся на 100 самок. При этом различают *пер-*

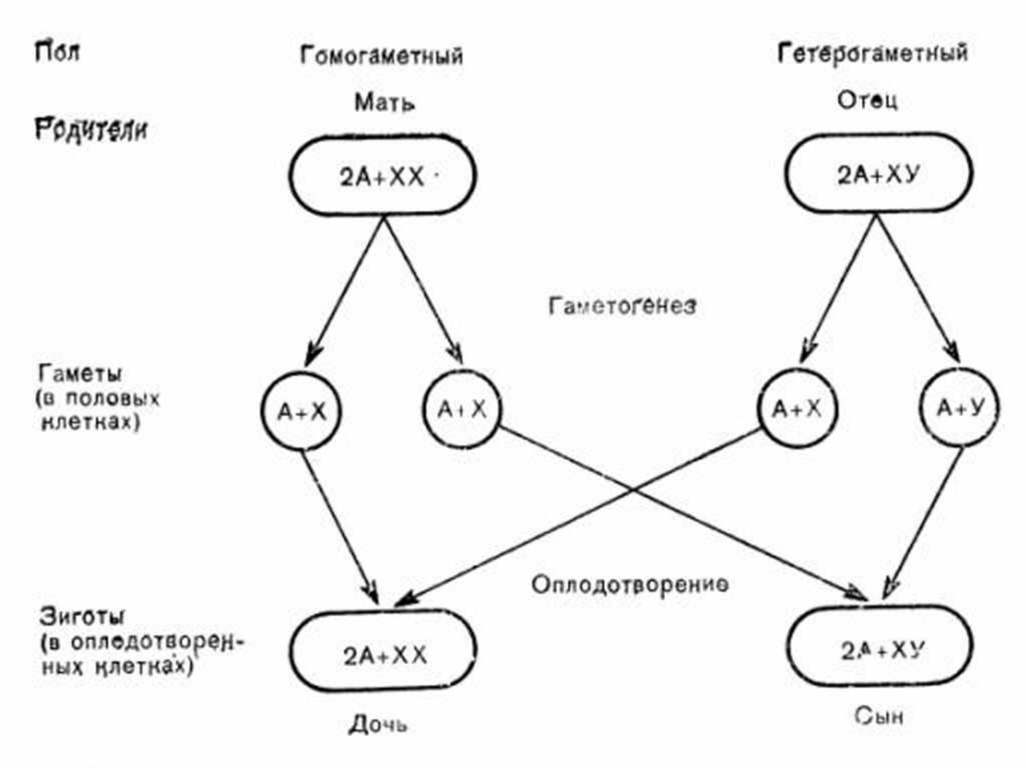


Рис. 2. Схема гаметогенеза и оплодотворения.

вичное соотношение полов, т. е. соотношение полов зигот, *вторичное* — соотношение полов при рождении и *третичное* — соотношение полов зрелой, способной размножаться популяции.

Для вторичного соотношения полов у человека и различных животных (табл. 1) характерно заметное преобладание числа самцов над числом самок и наличие наиболее выраженных расхождений между данными различных авторов главным образом у тех животных, у которых человек наиболее активно вмешивается в соотношение полов, стремясь искусственно изменить его в ту или другую сторону (например, у кур, где в связи с установкой на получение яиц петушки убыточны).

Однако это нельзя объяснить более высокой жизнеспособностью мужских эмбрионов: исследования соотношения полов по-

Таблица 1

Вторичное соотношение полов у различных животных и человека [335, 497]

Биологические виды	Число самцов на 100 самок	Биологические виды	Число самцов на 100 самок
Человек	103—107	Кролики	104,6; 104,5
Собаки	118,5	Крупный рогатый скот	104,6
Свиньи	112; 105	Лошади	98,3; 101
Кошки	107,3; 105	Овцы	97,7; 115,4
Мыши	105; 109	Куры	94,7; 91,7; 104
Крысы	105		

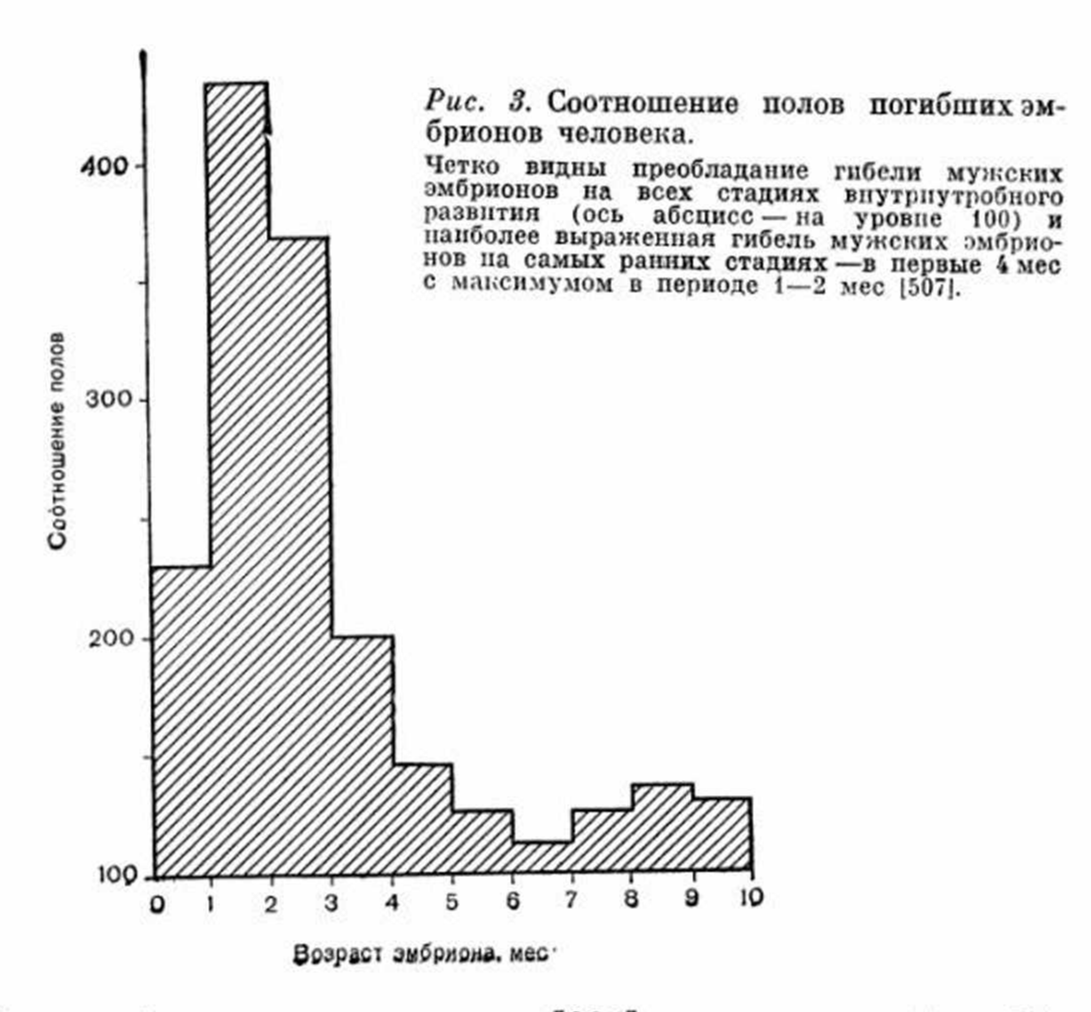


Рис. 3. Соотношение полов погибших эмбрионов человека.

Четко видны преобладание гибели мужских эмбрионов на всех стадиях внутриутробного развития (ось абсцисс — на уровне 100) и наиболее выраженная гибель мужских эмбрионов на самых ранних стадиях — в первые 4 мес с максимумом в периоде 1—2 мес [507].

гибших эмбрионов и у животных [335], и у человека (рис. 3) приводят к противоположному выводу. По вторичному соотношению полов человека (103—107) учет соотношения полов эмбриональной смерти переводит величины первичного соотношения полов в диапазон от 125 по одним авторам до 170 по другим [507] вместо ожидаемого по теории 100. Преобладание именно первичного соотношения полов можно предположительно объяснить тем, что либо сперматозоиды, содержащие X- и Y-хромосомы, находятся в сперме в неравных количествах, либо шансы оплодотворить яйцеклетку у них разные.

Несомненный интерес представляет динамика изменения соотношения полов, наблюдаемая в периоды войн. Так, во время первой мировой войны вторичное соотношение полов во всех воюющих европейских странах возросло на 1—2,5% и достигло максимума в Германии (рис. 4). Аналогичное возрастание наблюдалось и во время второй мировой войны. Из гипотез, объясняющих это явление, наибольшее признание получили те, которые связывают феномен с наблюдаемой в периоды войн сексуальной активизацией молодых людей, приводящей к снижению среднего возраста родителей, что прежде всего ведет к увеличению числа первородящих, в том числе первородящих молодого возраста. Уже давно было замечено, что вторичное соотношение полов падает с увеличением возраста матери. Так,

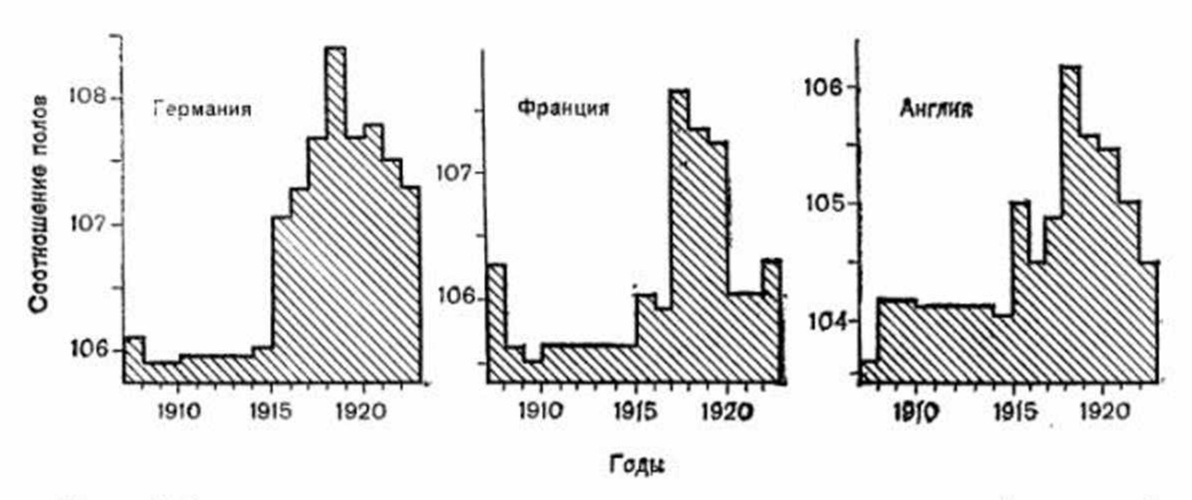


Рис. 4. Рост вторичного соотношения полов во время первой мировой войны («феномен военных лет»): в годы войны и некоторое время после нее в воевавших странах мальчиков рождается относительно больше, чем в предвоенные годы [179, 174].

для двух возрастных групп матерей — 18—20 и 38—42 лет — вторичное соотношение полов составляет соответственно 120 и 90. Вторичное соотношение полов максимально для первых родов и падает при последующих (рис. 5), а также с возрастом отца (рис. 6).

Наконец, особенно важны для понимания отклонений от статистически уравновешенного соотношения полов многочисленные наблюдения, свидетельствующие о решающей роли в определении соотношения полов физиологического состояния самца. Как показали Е. А. Мамзина [161] и В. Ш. Камалян [115], при спаривании после раздельного содержания, как правило, увеличивается рождение самок, а с повышением интенсивности половой деятельности самцов в потомстве растет численность мужских особей. Давно известно, что использование в животноводстве производителей в щадящем режиме приводит к преобладанию в потомстве самок, в то время как при интенсивном их использовании в потомстве превалируют самцы [348, 139, 115].

В. Ш. Камалян [114] исследовал вторичное соотношение полов в семьях физиков и геологов, работающих в экспедициях. В первой группе из 26 детей в 16 семьях было 5 мальчиков и 21 девочка (вторичное соотношение полов приблизительно 24), в то время как во второй из общего числа 239 детей было 63 мальчика и 176 девочек (вторичное соотношение полов приблизительно 36). Исходя из гипотезы равновероятностного появления полов, автор подсчитал вероятность чисто случайного возникновения таких отклонений: она оказалась равной $9{,}8 \times 10^{-4}$ в первой группе и $6{,}3 \times 10^{-17}$ во второй.

С другой стороны, интенсивность половой деятельности связана с уровнем гормональной активности организма (которая в свою очередь определяется наследственностью, возрастом

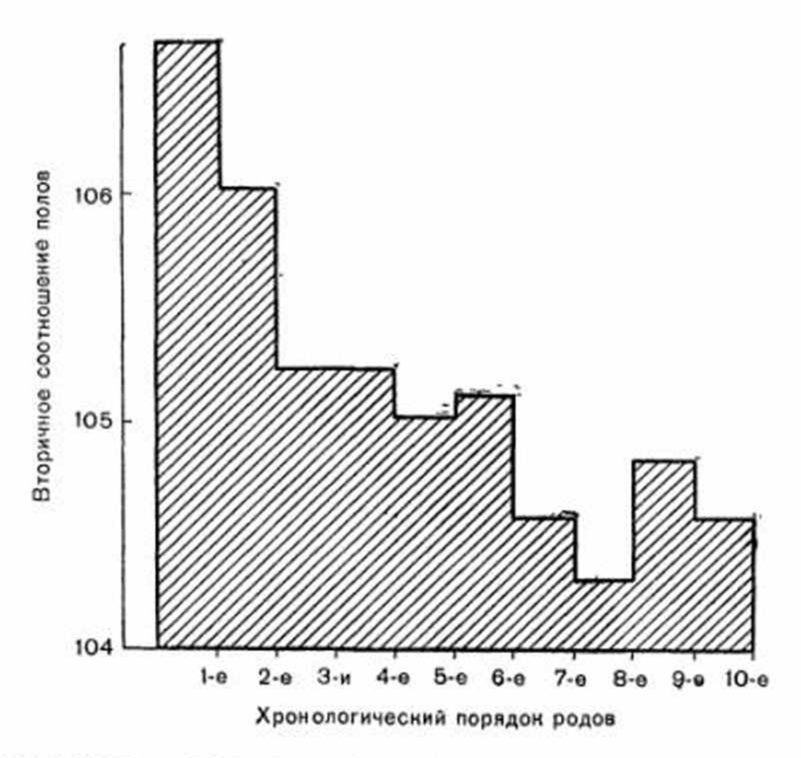


Рис. 5. Зависимость вторичного соотношения полов от хронологического порядка родов. При первых родах вероятность рождения мальчика максимальна [507].

и пр.). В некоторых работах содержатся доказательства коррелятивной связи половых гормонов — андрогенов и эстрогенов — с соотношением полов. Так, по данным Сирокавы [500] и А. Д. Курбатова [139], обработка петухов андрогенами приводит к падению вторичного соотношения полов их потомства. По Бернштейну [314], у людей, страдающих некоторыми эндокринными нарушениями, в потомстве преобладают девочки, а в потомстве лысых мужчин наблюдается избыток мальчиков, доходящий до 40%. Как известно, развитие облысения находится в прямой связи с повышенным уровнем андрогенов [126].

Все эти факты дали возможность В. А. Геодакяну [79] предложить концепцию о механизме обратной связи, который регулирует вторичное соотношение полов при отклонениях третичного соотношения полов от оптимальной величины. По этой концепции третичное соотношение полов является специфическим параметром популяций данного вида, определяемым условиями среды. Вторичное же соотношение полов представляет эволюционно сложившуюся характеристику вида и предназначено обеспечивать оптимальную величину третичного соотношения полов в меняющихся условиях обитания. Иными словами, соотношение полов у потомства зависит от соотношения полов у поколения родителей, вследствие чего «любое нарушение оптимального соотношения полов взрослых особей вызывает такое изменение в соотношении полов их потомства,

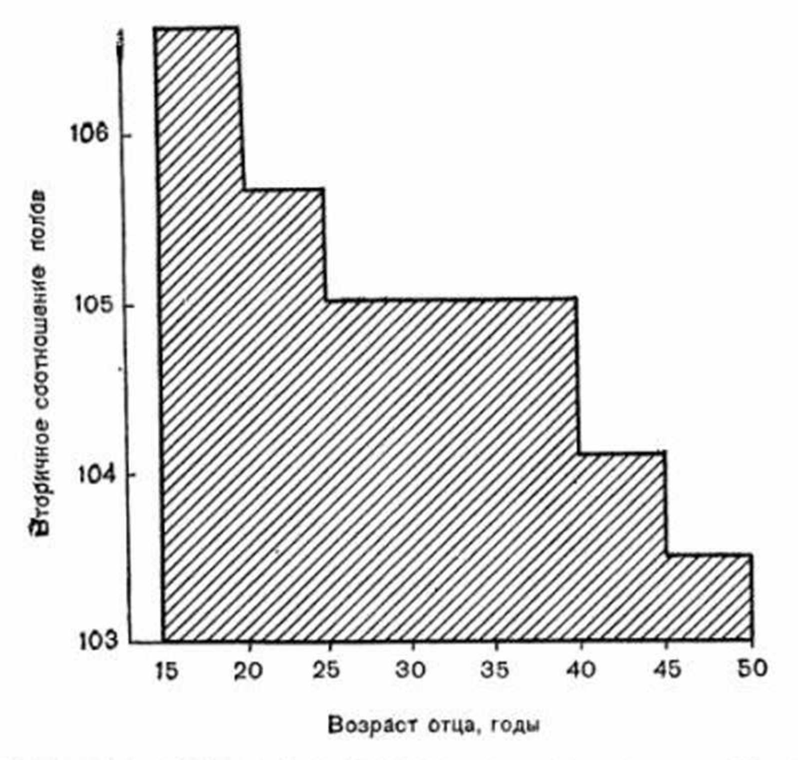


Рис. 6. Зависимость вторичного соотношения полов от возраста отца. Чем отец моложе, тем больше вероятность рождения мальчика [513].

которое приводит к восстановлению оптимального соотношения полов в популяции в целом» [79]. При этом возникает кардинальный вопрос — каким образом каждая конкретная особь получает информацию о состоянии целой популяции и каким механизмом регулируются действия этих особей, необходимые для того, чтобы произвести на свет потомство преимущественно того или иного пола? Такого рода универсальным механизмом осуществления обратной связи является интенсивность половой деятельности. Эта последняя прежде всего связана с третичным соотношением полов (для каждого пола она тем ниже, чем больше в популяции особей того же пола, и тем выше, чем больше особей противоположного пола). С другой стороны, интенсивность половой деятельности связана с физиологическими параметрами самого организма (его конституцией, возрастом и т. п.), составляющими внутренний вентиль той же системы (рис. 7).

РОЛЬ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ПОЛОВ В ЭВОЛЮЦИОННОМ ПРЕОБРАЗОВАНИИ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ФОНДА

Рассмотренные выше механизмы регулирования соотношения полов представляют лишь одну из частных задач, обеспечиваемых половым размножением как самым прогрессивным видом самовоспроизводства [271]. Прямолинейное рассмотрение за-

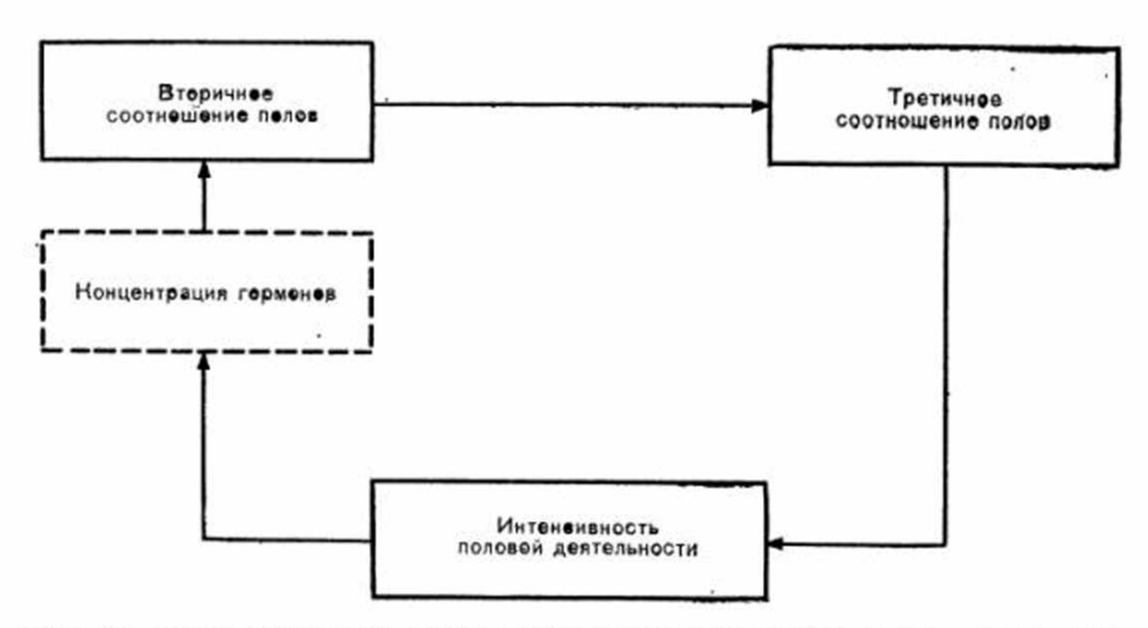


Рис. 7. Схема обратной связи, регулирующей соотношение полов [79].

трудняет понимание преимуществ раздельнополости. Кальмус и Смит [411] называют следующие положительные факторы полового размножения: 1) возможность избежать отрицательных проявлений инбридинга (скрещивания близкородственных форм); 2) обеспечение генетического разнообразия; 3) замещение вредных мутаций. При этом, однако, акцентируются преимущества скрещивания, а не дифференциации на два пола.

Размножение дождевых червей (у которых каждая особь является одновременно самцом и самкой) или устриц (у которых одна и та же особь выступает попеременно в роли самца и самки) обеспечивает возможность скрещивания при отсутствии дифференциации на два пола. При этом, если популяция состоит из 100 особей и все они могут скрещиваться между собой, максимальное число вариантов будет $\frac{100 \times 99}{2} = 4950$. Если бы, однако, эта же популяция разделилась на два пола (по 50 особей каждого пола), то максимальное число вариантов уменьшилось бы почти вдвое: $50 \times 50 = 2500$. В связи с этим возникает вопрос — ради чего популяция жертвует почти половиной возможных вариантов и что она получает взамен?

В. А. Геодакян, анализируя феномен раздельнополости с точки зрения процесса воспроизводства [80], выделяет следующие три основных параметра всякого производства — количество, качество и ассортимент (дисперсность) продукции. В анализе на примере 100 зубров, выпускаемых в заповедник, демонстрируется неизбежность оптимизации лишь по одному из параметров в ущерб двум другим. Какое выбрать соотношение полов, сколько выпустить коров и сколько быков? Очевидно, что это

соотношение зависит от того, какие цели преследуются. Если ставится задача получить максимальное число телят, то разумно взять 99 коров и 1 быка; при этом в первом поколении может родиться 99 телят, которые, однако, окажутся одного сорта по отцу и будут отличаться только материнским генетическим набором. Максимальное число возможных сочетаний родительских свойств по какому-либо признаку в этом случае составит 99. Если хотят получить максимальное разнообразие (ассортимент), то необходимо иметь коров и быков поровну — тогда число возможных вариантов скрещиваний определится произведением $50\times50=2500$. При этом, однако, уменьшится число потомства, так как в первом поколении родится лишь 50 телят. Если же желательно улучшить качество стада зубров, то необходимо создать условия для полового отбора, т. е. сделать так, чтобы часть животных не участвовала в размножении. Для этого необходимо большее число самцов — тогда конкуренция в борьбе за самку приведет к тому, что слабые самцы не будут представлены в потомстве. При этом чем больше избыток самцов, тем жестче условия отбора.

Особого рассмотрения при этом заслуживает сравнение индивидуальных установок отдельных особей обоих полов, с одной стороны, и выполняемой ими объективной роли на уровне популяции, — с другой. Наблюдаемые здесь диаметральные расхождения определяются огромными различиями обоих полов в скоростях и объемах передачи потомству генетической информации. У самки названные параметры прежде всего ограничены временем плодоношения и, например, у млекопитающих, рождающих в год одного детеныша, лимитируются общей продолжительностью генеративного возраста, составляя на одну самку даже в самых благоприятных условиях от десятка до нескольких десятков детенышей в течение всей ее жизни. В противоположность этому самец при определенных условиях может стать отцом всего потомства популяции. Говоря терминами теории информации, *пропускная способность (сечение) канала генетической связи с потомством у самца значительно шире, чем у самки.* Очевидно, что в так называемой *идеальной популяции* (в которой особи разного пола скрещиваются хаотически, не зная правил запрета в форме моногамного брака) число потомков пропорционально числу самок, в то время как изменение качества будет пропорционально числу самцов, так как именно с увеличением избытка самцов создаются более благоприятные условия для отбора. Поэтому можно говорить о существовании определенной специализации полов в осуществлении воспроизводства, согласно которой число самок в популяции определяет число потомков (хотя каждая отдельная самка стремится к тому, чтобы то ограниченное количество детенышей, которое она в состоянии вырастить, было лучше обеспечено и, следовательно, было лучшего качества). В про-

тивоположность этому число самцов в популяции определяет качество потомства, хотя каждый отдельный самец стремится как можно полнее использовать свои возможности и оставить максимальное число потомков. Отражаемые этой формулой тенденции различного психо-сексуального поведения полов были отмечены еще Ч. Дарвином: «...самцы оленьих гончих собак питают склонность к чужим самкам, тогда как самки предпочитают самцов, к обществу которых они привыкли» [337].

Концепция В. А. Геодакяна о значении раздельнополости исходит из того, что только популяция (организмов, клеток или молекул) является той минимальной единицей организации материи, в которой представлены все атрибуты жизни, необходимые для эволюции. Процесс же эволюционного самовоспроизводства должен диалектически интегрировать две противоположные тенденции: наследственность, т. е. консервативный, стабилизирующий фактор, который обеспечивает сохранение у потомства родительских признаков, и изменчивость — прогрессивный фактор, который приводит к появлению у потомства новых признаков и тем способствует совершенствованию вида. Соотношение же этих двух тенденций и перенос акцента на одну из них определяются изменяющимися условиями окружающей среды. Пока условия среды остаются неизменными и благоприятными, воспроизводство сводится в основном к увеличению числа организмов — доминирует тенденция наследственности и результатом воспроизводства является приращение количества при неизменном качестве. Если же условия среды меняются настолько, что виду приходится вырабатывать новые качества, которые соответствовали бы этим новым условиям, то в такие неблагоприятные для вида периоды на первый план выступает тенденция изменчивости. И именно в такие критические как для популяции, так и для вида периоды регистрируются феномены, подтверждающие: 1) преимущества полового размножения в борьбе за существование на уровне популяции и вида; 2) роль мужского пола в обеспечении тенденций изменчивости.

Виды, которые могут размножаться и бесполым, и половым путем (бактерии, инфузории и др.), как правило, прибегают к половому размножению при наступлении неблагоприятных условий. Сопоставление этого явления с рассмотренным ранее феноменом возрастания вторичного соотношения полов при любом ухудшении условий существования демонстрирует универсальность биологического закона увеличения численности самцов как единого защитного механизма, присущего всем организмам, у которых встречается, хотя бы факультативно, половой тип размножения.

Ключ к пониманию этого механизма — в повышенной ноцицептивности (чувствительности к вредным воздействиям среды) самцов. Бóльшая подверженность самцов губительным фак-

торам среды наблюдается повсеместно и почти на всех стадиях онтогенеза у растений [209], животных [144, 208] и человека [507]. Для объяснения этой закономерности существует две гипотезы. По одной из них смертность всегда выше у гетерогаметного пола, вследствие наличия сцепленных с полом леталей; по другой — повышенная смертность самцов обусловлена их более интенсивным метаболизмом [426]. Против первой гипотезы свидетельствуют результаты изучения смертности птиц, бабочек и яблочной моли, у которых гетерогаметны самки, а между тем смертность самцов почти всегда выше [426, 430]. Вторая же гипотеза фактически не объясняет ничего, заменяя непонятную «высокую смертность» самцов не менее непонятным «более интенсивным метаболизмом». Создатели обеих гипотез проходили мимо того факта, что повышенная ноцицептивность самцов не только играет защитно-приспособительную роль в жизни популяции, но и является механизмом прогрессивной эволюции вида, что и подчеркивается в концепции В. А. Геодакяна.

Между тем повышенная чувствительность к повреждающим воздействиям среды — бесспорное проявление широты одного из трех основных параметров воспроизводства — дисперсности признаков. Именно дисперсность обеспечивает связь как организма, так и популяции со средой. Понятие среды включает совокупность всех физических, химических и биологических факторов, с которыми организм сталкивается в течение своей жизни. Для реализации одного из характернейших свойств живых систем — способности приспособления к изменяющимся условиям среды система должна получать от среды информацию о происходящих в ней изменениях. Так, если по оси абсцисс (рис. 8) откладывать интенсивность вредного фактора среды, например, холода, а по оси ординат — число особей, погибающих при определенных значениях этого фактора, то полученный график отразит распределение устойчивости (или «кривую смертности») популяции. Достигнутая величина фронта вредного фактора среды — в данном случае холода — отсечет в первую очередь самую чувствительную часть популяции (заштрихованная площадь на рис. 8). Погибшая часть популяции представляет естественную дань, так как для того чтобы популяция «чувствовала» приближение фронта вредного фактора и могла к нему приспособиться, необходимо, чтобы кривая смертности все время с этим фактором контактировала, и за изменение качества (отбор холодоустойчивых особей) приходится все время платить определенной жертвой количества. Это означает, что даже в популяциях животных, обитающих в тропиках (например, обезьян), какие-то экземпляры погибают от холода, в то время как в популяциях арктических или антарктических животных (например, пингвинов или белых медведей) какие-то особи погибают от жары. Такая плата за получаемую информацию является непременным условием сущест-

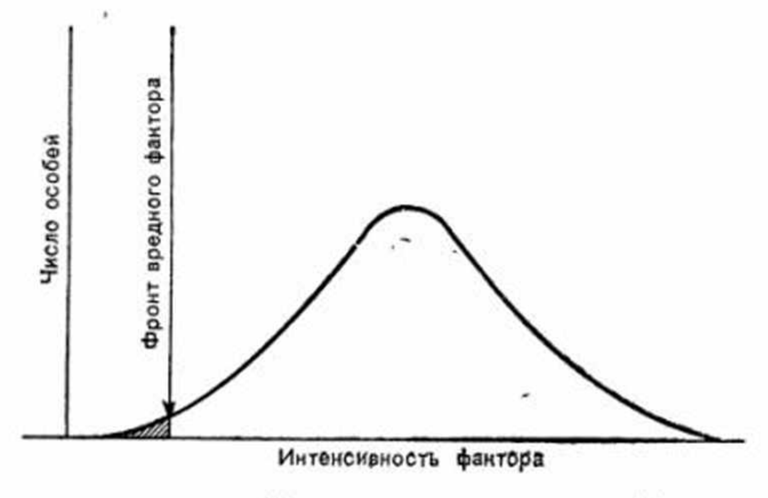


Рис. 8. Распределение устойчивости популяции и фронт вредного фактора среды. Штриховкой обозначена погибшая часть особей популяции [80].

вования, и популяция, которая не платит этой дани, рискует потерять связь со средой и лишиться возможности приспособиться к ней. Резко изменившиеся условия среды могут застать такую популяцию врасплох и погубить ее.

Естественно, однако, что популяции выгоднее свести к минимуму эту жертву количеством за новое качество. И здесь сказывается сочетание повышенной ноцицептивности как синонима широкой дисперсии биологических свойств самцов с «асимметрией» распределения ролей по параметрам количества и качества потомства между самцами и самками. В самом деле, сам факт повышенной дисперсности приводит к тому, что самцы оказываются между фронтом вредного фактора среды и самками (рис. 9).

Резюмируя сказанное, можно сделать вывод, что если потеря самок от неблагоприятных условий среды, уменьшая численность популяции, приносит только вред, то потеря самцов, сказываясь отрицательно на популяции, приносит при этом пользу, способствуя эволюции вида. Таким образом, сложившиеся отношения дают виду возможность расплачиваться за эволюционное развитие в основном самцами, потеря которых способствует сдвигу качества потомства, не отражаясь на его численности.

Обеспечиваемая механизмом раздельнополости специализация, при которой самки определяют количественную сторону эволюционно-генетических аспектов процесса размножения, а самцы—качественную, в биологических терминах означает, что в формировании генетического фонда популяции самки выражают в большей мере тенденцию наследственности, а самцы — изменчивости. И, наконец, в терминах кибернетики можно сказать, что самцы олицетворяют «оперативную память» популяции, в то время как самки — «постоянную (долговременную) память» вида. Иными словами, всякая новая информация об

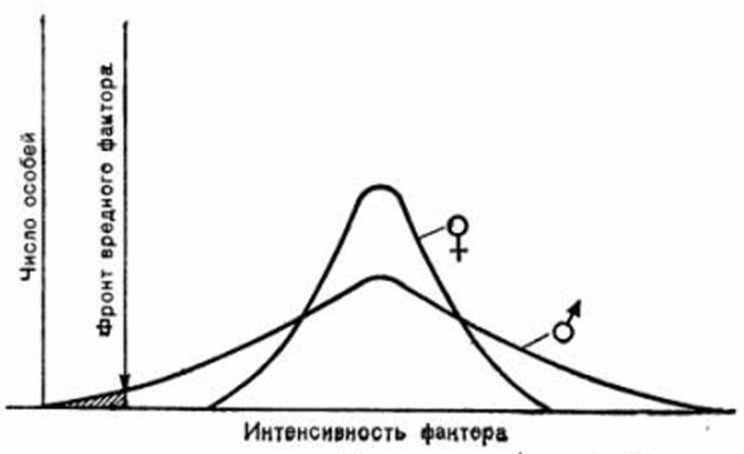


Рис. 9. Соотношение кривых устойчивости самок (♀) и самцов (♂). Большая дисперсия кривой самцов предохраняет самок от соприкосновения с фронтом вредного фактора [80].

изменениях условий обитания попадает сначала в «оперативную память» популяции, где подвергается определенной переработке (завершающейся отбором), и лишь после этого передается в «постоянную память» вида — самкам. Такое разделение на инерционное, стабильное, ядро и более изменчивую, чувствительную, оболочку, позволяет отличать преходящие, случайные колебания факторов среды (например, необычайно холодную зиму, за которой следует особенно жаркое лето) от систематических изменений в определенном направлении (например, наступление ледникового периода). При этом поток информации из «оперативной памяти» в «постоянную» проходит через своего рода «частотный фильтр», в структуре которого самцы представляют передовой отряд популяции, продвинутый далеко вперед, навстречу вредным факторам среды (см. рис. 9), так что между этим авангардом и «ядром», «золотым фондом» популяции — самками, выдерживается определенная дистанция.

Последовательное развитие концепции В. А. Геодакяна приводит к гипотезе, согласно которой все новые признаки должны закрепляться в филогенезе сначала у самцов и лишь затем передаваться самкам. Это означает, что для изменчивости самцы являются «воротами» в наследственность, и позволяет автору высказать следующее правило полового диморфизма: «Если по какому-либо признаку существует половой диморфизм, то филогенетически этот признак вида в целом, как правило, эволюционирует в сторону самца» [81]. На основании этого правила В. А. Геодакян пишет, что, например, «у человека на данном этапе филогенеза можно предположить тенденцию к увеличению роста, поскольку средний рост мужчин выше, чем женщин, а у пауков, наоборот,— тенденцию к уменьшению размеров, так как самцы у них мельче самок» [80]. Высказанное предположение в отношении человека подтверждается бесспорными антропологическими данными [32, 37, 227].

И, наконец, концепция В. А. Геодакяна о роли дифференциации полов как специализации по альтернативным задачам эволюции (стабилизирующей наследственности у самок и изменчивости у самцов) подтверждается анализом 32 000 случаев врожденных пороков сердца и крупных сосудов [82]. Как показал этот анализ, врожденные аномалии развития, характерные для женского пола, имеют атавистическую природу, представляя собой следствие излишнего консерватизма, а для мужского — футуристическую, представляя собой следствие чрезмерной лабильности (неудачные пробы процесса эволюции).

ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ПОЛОВ В РАННЕМ ОНТОГЕНЕЗЕ

Так называемый истинный, или гонадный, пол определяется типом формирования половых желез. Нормальная дифференциация гонадного пола предполагает формирование яичников у особей женского пола, семенников — у особей мужского пола и определяется набором половых хромосом. При этом первичный зачаток гонад на ранних стадиях внутриутробного развития (у человека — до 6 нед) еще не имеет эмбриональных различий и состоит из двух частей — кортикальной и медуллярной. Лишь с 6-й недели набор хромосом оказывает действие на направление дальнейшего развития зачатка половой железы: наличие в кариотипе Y-хромосомы приводит к пролиферации и миграции медуллярной части и завершается формированием семенника, а набор XX — к пролиферации и миграции кортикальной части и завершается формированием яичника (рис. 10). Те или иные нарушения процессов миграции первичных зародышевых клеток могут привести к различного рода порокам развития — от агенезии гонад до образования овотестиса (истинный гермафродитизм).

Образовавшийся зачаток семенника очень быстро становится способным к секреции андрогенов, что и предопределяет дальнейшее развитие как внутренних, так и наружных половых органов, а также всего организма по мужскому типу. По определению Йоста, «половая дифференцировка, вероятно, является первым важным эндокринологически контролируемым процессом в пренатальный период. Она имеет место на определенной стадии развития у каждого вида и не может быть изменена» [405]. Классические опыты Йоста (1947, 1953), проведенные им на зародышах кролика, показали, что яичник в эмбриональном периоде функционально неактивен и дифференцировка по женскому («самочьему») типу не требует контроля со стороны гонад. В противоположность этому семенник зародыша очень рано становится активным эндокринным органом, вызывающим маскулинизацию всего организма. Указанные различия приводят к значительной асимметрии между развитием самца и

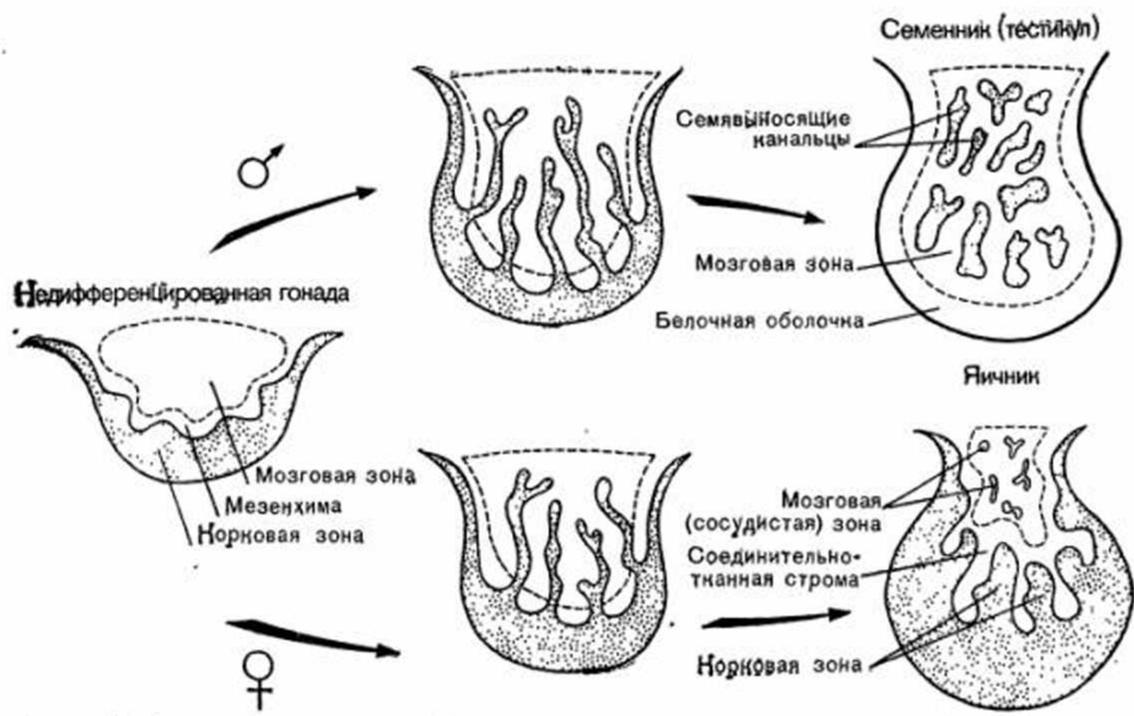


Рис. 10. Развитие гонад. Начальная, промежуточная и дефинитивная стадии половой дифференцировки эмбрионального зачатка гонады. Семенник развивается из первичной гонады путем дифференцировки мозгового слоя; корковый слой редуцируется и сохраняется лишь как выстилка семявыносящих канальцев. Яичник образуется в результате роста и дифференцировки коры; развитие мозгового слоя подавляется [391].

самки: у самцов половая дифференцировка имеет место очень рано и протекает под контролем эмбрионального семенника, у самок же половая дифференцировка в целом — поздний и эмбриогенетически пассивный процесс, обусловленный отсутствием семенников.

При этом у человека мужские половые органы формируются в два этапа: сначала внутренние (к 8—10-й неделе внутриутробного развития), а затем наружные (к 15—20-й неделе). Таким образом, в патологических случаях в зависимости от того, на какой период полового формирования в эмбриогенезе выпадает тестикулярная недостаточность, происходит недоразвитие внутренних и наружных мужских половых органов на первом этапе и только наружных — на втором.

В норме же половые органы, с самых начальных этапов будучи тесно связаны с органами мочевыми, формируются из первичной почки зародыша, во взрослом состоянии функционирующей лишь у низших позвоночных (круглоротые, рыбы и земноводные). Выводной канал первичной почки расщепляется вдоль на два канала или протока—вольфов и мюллеров. Первый служит для выведения семени, второй является яйцеводом. С развитием тазовой почки у высших позвоночных первичная почка теряет свое значение выделительного органа и частью

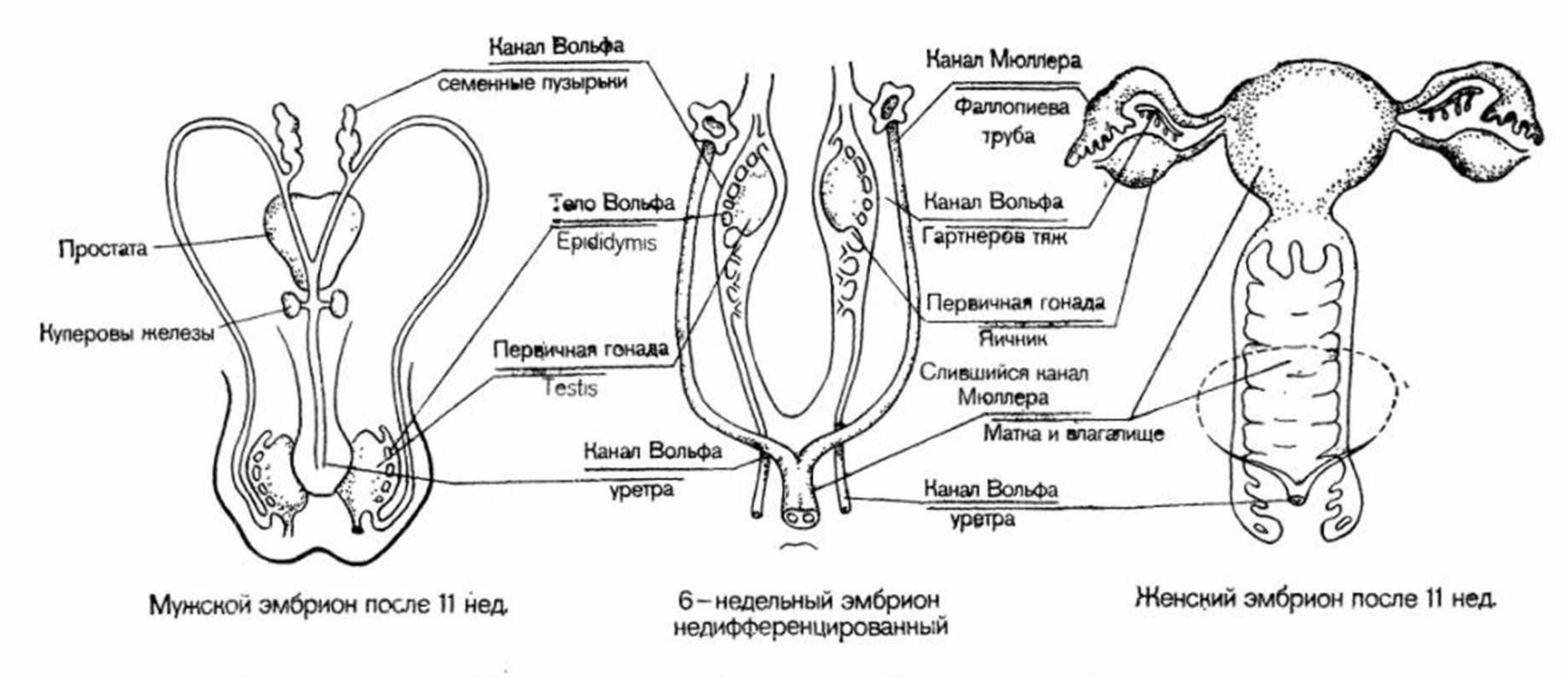


Рис. 11. Схема половой дифференцировки из общих (индифферентных) эмбриональных образований [519].

редуцируется. Передний, половой, ее отдел образует у самцов вместе с сильно извитой частью вольфова протока придаток семенника (epididymis), а задний, выделительный, отдел сохраняется иногда в виде незначительного прилежащего к семеннику рудимента (paradidymis); у самок оба отдела первичной почки почти полностью дегенерируют, и их остатки иногда сохраняются в складке брюшины между яичником и яйцеводом (epoophoron, paroophoron). У млекопитающих половые железы, лежащие вначале в поясничной области, перемещаются затем в каудальном направлении. Это касается отчасти яичников (descensus ovariorum), в особенности же семенников (descensus testiculorum), которые у многих млекопитающих проникают через паховые каналы в развивающуюся из половых валиков мошонку (рис. 11, 12).

В противоположность рептилиям и птицам, у которых как мочеточники, так и половые протоки впадают непосредственно в общую клоаку, у млекопитающих от клоаки обособляется передняя ее часть, связанная с мочевым пузырем, в качестве мочеполового синуса (sinus urogenitalis), в который впадают половые протоки, и лишь у однопроходных млекопитающих — и мочеточники (впадающие у живородящих в мочевой пузырь). У живородящих млекопитающих клоака исчезает и мочеполовой синус открывается самостоятельно наружу, образуя у самок небольшой отдел — так называемое преддверие влагалища — и вытягиваясь у самцов в длинный мочеполовой канал. Для млекопитающих характерен также процесс срастания яйцеводов, ведущий к образованию более или менее значительных непарных отделов. У всех плацентарных млекопитающих, таким образом, прежде всего формируется непарное влагалище. У большинства же процесс срастания идет дальше, захватывая следующий расширенный отдел — матку, которая является «двойной» у многих насекомоядных, грызунов и слонов, «двухраздельной» — у грызунов, свиней и некоторых хищных, «двурогой» — у большинства млекопитающих и, наконец, «простой» — у некоторых рукокрылых, у обезьян и у человека. У этих последних только начальные отделы яйцеводов — фаллопиевы трубы — сохраняют свою парность.

Отражая эти филогенетические тенденции, в периоде внутриутробного развития, при общей направленности у плодов мужского пола к редукции мюллеровых протоков, а у плодов женского пола — к редукции тела и протоков Вольфа, различные эмбриональные образования претерпевают превращения, отображенные в табл. 2 и на рис. 11, 12.

Так, например, наружные половые органы у зародыша млекопитающих развиваются в виде небольшого вначале выступа — клоачного бугорка. Из передней части клоачного бугорка формируется половой бугорок, а у нижней поверхности последнего выделяется продольная половая щель, ограниченная по

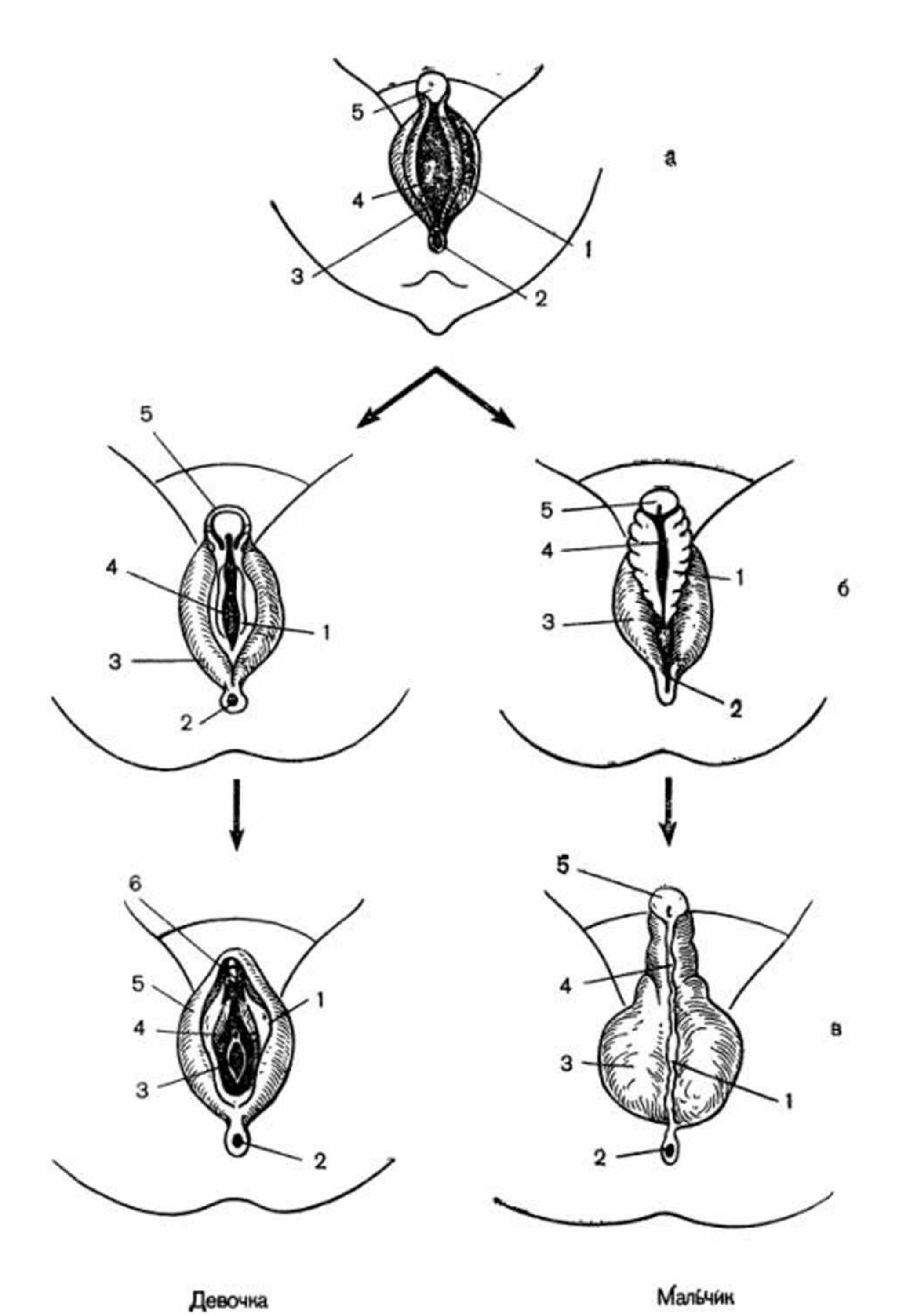


Рис. 12. **Последовательные стадии дифференцировки наружных половых органов плода человека [461].**

а. Наружные половые органы плода 2—3 мес; 1 — половая складка; 2 — анус; 3 — половой валик; 4 — половая щель; 5 — половой бугорок. б. Наружные половые органы плода 3—4 мес. Мальчик: 1 — уретральная складка; 2 — анус; 3 — мошоночный валик; 4 — уретральная щель; 5 — половой отросток. Девочка: 1 — складка внутренней половой губы; 2 — анус; 3 — валик наружной половой губы; 4 — вульварная щель; 5 — половой отросток. в. Наружные половые органы ребенка в момент рождения. Мальчик: 1 — шов мошонки; 2 — анус; 3 — мошонка; 4 — уретральный шов; 5 — пенис; Девочка: 1 — малая срамная губа; 2 — анус; 3 — вход во влагалище; 4 — отверстие уретры; 5 — большая срамная губа; 6 — клитор.

Таблица 2

Дифференцировка половых зачатков

Зачаток	Дифференцировка	
	по мужскому типу	по женскому типу
Первичная гонада	Семенники и семявыносящие канальцы	Яичники с примордиальными фолликулами и связками Пфлюгера
Первичная почка, (mesonephros, тело Вольфа)	Rete testis Ductuli aberrantes superiores et inferiores Ductus epididymidis	Epoophoron Paroophoron
Канал (проток) Вольфа	Paradidymis Ductus epididymidis Vas deferens Ductus ejaculatorius Vesiculae seminales Trigonum vesicae Предстательная железа (частично)	Ductus epoophori longitudinalis Гартнеров тяж (проток) Trigonum vesicae
Канал (проток) Мюллера	Appendix testis (hidatida Morgagni) Utriculus prostaticus (uterus masculinus, sinus prostaticus)	Tubae uterinae Fallopii Uterus $^4/_5$ внутренней части влагалища
Мочеполовой синус (sinus urogenitalis)	Мочевой пузырь (без trigonum vesicae) Бо́льшая часть задней уретры Предстательная железа Уретральные и бульбоуретральные железы	Мочевой пузырь (без trig. vesicae) Уретра Уретральные и парауретральные железы Наружная ($^1/_5$) часть влагалища
Половой (клоачный) бугорок (tuberculum genitale)	Половой член (corpora cavernosa penis)	Клитор (corpora cavernosa clitoridis)
Половые складки	Raphe penis Передняя уретра (corpus cavernosum urethrae)	Малые половые губы
Половые валики	Мошонка Кожа полового члена Крайняя плоть (praeputium)	Большие половые губы
Gubernaculum testis	Ligamentum scrotale testis	Chorda uteroovarica Chorda uteroinguinalis

бокам половыми складками. Вокруг всех этих частей образуется кольцеобразное возвышение — половой валик. Эти индифферентные части полового аппарата развиваются затем различно у обоих полов. У самца половой бугорок благодаря усиленному росту превращается в половой отросток, из которого развивается половой член. Половые складки срастаются друг с другом и через фазу уретральных складок превращаются в мочеиспускательный канал, покрытый снаружи уретральным швом, а половые валики, также срастаясь между собой, образуют мошонку (со швом мошонки по средней линии). У самки из полового бугорка в конечной фазе образуется клитор, из половых складок — малые половые губы, а из половых валиков — бо́льшие половые губы, характерные для некоторых обезьян и человека.

МНОГОМЕРНОСТЬ ДЕТЕРМИНАЦИИ ПОЛА

Детерминация пола у человека крайне сложна. Даже если опустить крайние варианты сексуальной дифференцировки, т. е. несомненную норму и явную патологию, при которой трудно решить, к какому полу принадлежит обследуемый, то все равно останется широкий вариационный ряд, в котором наряду с мужеподобными женщинами и женоподобными мужчинами выделяются совершенно самостоятельные категории. К ним относятся трансвеститы, с навязчивым стремлением носить одежду противоположного пола, и транссексуалы, стремящиеся изменить пол путем избавления от физических признаков собственного пола. Наконец, в плане психо-сексуальной ориентации можно выделить по крайней мере три категории — гетеросексуальные, бисексуальные и гомосексуальные. Это многообразие определяется сложностью механизмов детерминации пола, в основе которых лежит система иерархических отношений, располагающаяся в диапазоне от генетических влияний до психологического выбора сексуального партнера.

Становление этой системы начинается с детерминации *генетического пола,* определяемого кариотипом. Генетический пол в свою очередь обусловливает *гонадный* (или *истинный) пол,* идентифицируемый по основному показателю половой принадлежности — гистологическому строению половой железы (рис. 13). Истинным его называют потому, что, определяя *гаметный пол,* т. е. способность половой железы образовывать сперматозоиды или яйцеклетки, гонады тем самым выявляют роль данного индивидуума в процессе воспроизведения. Наряду с этим гонадный пол определяет также и *гормональный пол,* т. е. способность половой железы секретировать специфические половые гормоны (в эмбриональном периоде функционируют, как указывалось выше, только семенники, в пубертатном же периоде начинается регулярное продуцирование специфиче-

ских половых гормонов как в семенниках, так и в яичниках). В свою очередь уровень и доминирующая направленность гормональных воздействий определяют *морфологический* (или *соматический) пол* (фенотип) субъекта, т. е. строение и развитие его внутренних и наружных половых органов, а также вторичных половых признаков.

Все рассмотренные до сих пор уровни могут быть объединены в группу *физикальных детерминант* половой принадлежности индивидуума, которыми в значительной мере определяются и его *социально-психологические детерминанты.* Однако, как об этом свидетельствуют клинические наблюдения, связь эта не носит характера жесткой функциональной зависимости, а в некоторые критические периоды оказывается настолько рыхлой, что порождает ряд диссоциаций между соматическими и психосоциальными детерминантами половой принадлежности, на почве которых и формируются некоторые нарушения. Возникновению такого рода нарушений, в особенности при наличии изначальных аномалий развития физикальных детерминант, способствует в этих случаях конвенциональность *гражданского пола,* выводимого обычно акушерами непосредственно из пола морфологического. Этот пол, наиболее тесно примыкающий ко всем предыдущим уровням, играет роль важной функциональной перемычки между детерминантами физикальными и социально-психологическими (см. рис. 13).

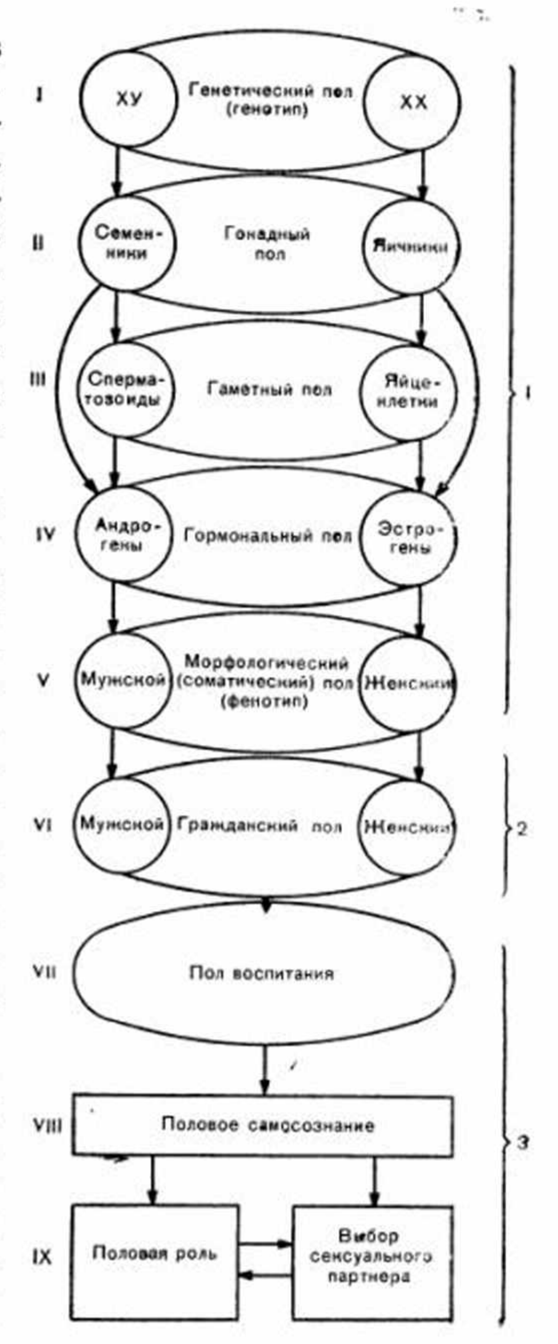


Рис. 13. Схема формирования пола у человека.

1 — физикальные детерминанты половой принадлежности; 2 — промежуточная (первая конвенциональная) детерминанта; 3 — социально-психологические детерминанты.

Принципиальное отличие указанных уровней от остальных заключается в том, что физикальные детерминанты обусловли-

вают саму половую принадлежность, в то время как уровни VI—IX (см. рис. 13) — определенные формы полового поведения. Свойственная физикальным детерминантам ригидность имеет глубокий биологический смысл, и Шорт [501], обсуждая особенности действия половых гормонов млекопитающих, подчеркивает невозможность изменения пола гонады путем введения половых гормонов. Эта утрата пластичности механизмов детерминации пола на уровне гонад связывается им с живорождением и необходимостью защиты плода от феминизирующего влияния гормонов матери.

На терминальных уровнях половой дифференцировки в норме наблюдается та же каузальная последовательность, что и на начальных: гражданский пол, определяя *пол воспитания* (от выбора формы одежды, прически и игр до применения наказаний за неконформное сексуальное поведение), тем самым формирует *половое самосознание*, которое в свою очередь определяет играемую индивидом *половую роль*, прежде всего — *выбор сексуального партнера*. Однако указанные отношения, характерные для нормы, могут деформироваться на различных этапах при патологических воздействиях, и предлагаемая нами схема облегчает труд врача-сексопатолога (в частности, при толковании механизмов формирования гомосексуализма, обусловленного невозможностью адекватного выбора сексуального партнера в одном из критических периодов становления сексуальности).

Сопоставляя относительную значимость различных уровней детерминации пола по результатам многолетних наблюдений за больными с нарушениями половой дифференцировки (так называемых интерсексов), Мани и супруги Хэмпсон в своих ранних работах [461] приходят к выводу, что в сексуальной аутоидентификации личности и выборе полового партнера «хромосомы, гонады, гормоны — все они по сравнению с воспитанием играют вторую скрипку». Первая группа факторов (обозначенных нами как физикальные) в их противопоставлении факторам социально-психологическим уподобляются Мани условиям становления языка: «Генетические и другие врожденные факторы предопределяют лишь саму возможность развития и дифференцировки языка, но никак не предопределяют, будет ли этот язык английским, арабским, нахуатли или каким-либо иным. Так же точно в психо-сексуальной сфере генетические и другие врожденные факторы предопределяют лишь саму возможность дифференцировки половых ролей и сексуальной аутоидентификации, но никак непосредственно не предопределяют, будет ли направление этой дифференцировки мужским или женским». Другими словами, индивидуум заканчивает свое развитие как мужчина, женщина, гомосексуал или амбисекс, подобно тому как разные люди заканчивают свою жизнь как владеющие только английским, только арабским языком

или как полиглоты — под влиянием чисто культуральных воздействий своего микросоциального окружения. При этом Мани подчеркивает роль критических периодов становления полового самосознания ребенка, который, с учетом индивидуальных различий, укладывается в диапазоне 1—5 лет.

Однако несколько лет спустя была опубликована работа сотрудников Канзасского университета [473], продемонстрировавшая влияние эмбриональных гормонов на половое поведение взрослых морских свинок: при введении беременным самкам андрогенов в рождавшемся помете самцы вели себя нормально, а самки, соматически при соответствующем выборе доз ничем не отличавшиеся от нормальных, с наступлением половой зрелости вели себя как самцы. Так была получена экспериментальная модель гомосексуального поведения, проводящая аналогию с половым поведением активно гомосексуальных женщин. Вслед за этим Нейман с сотр. [467, 468], применив эмбрионально антиандрогенный препарат ципротерон в условиях поэтапного эксперимента, получил у крыс искусственную самку, поведенческая модель которой по параметрам половой роли и выбора сексуального партнера дополняла модель канзасских исследователей. Теоретический вывод из этих экспериментов доказывал, что в определенные периоды внутриутробного развития под влиянием эмбриональных гормонов происходит стойкая дифференцировка мозговых механизмов гипоталамуса по мужскому или женскому типу, предопределяющая направленность сексуального поведения особи в будущем.

В серии работ советских исследователей было показано, что выводы, касающиеся формирования гипоталамо-гипофизарной регуляции половой дифференцировки у животных, с большой вероятностью применимы и к человеку. Первоначально были установлены отчетливые половые различия в содержании гонадотропинов в гипофизе человеческих плодов по крайней мере с 13-й недели развития [146, 147]. Далее было показано, что эти различия в секреции гонадотропинов зародышевым гипофизом, как и у других млекопитающих, не определяются половым диморфизмом самого гипофиза [27]. И, наконец, опыты с культивированием гипофиза человеческих плодов в синтетической среде и добавлением гомогената гипоталамуса от плодов разного пола [146] позволили установить, что только ткань гипоталамуса плодов девочек в возрасте 19—28 нед вызывает выведение лютеинизирующего гормона в среду. Все имеющиеся данные свидетельствуют, что характерный для самцов тип дифференцировки гипоталамуса осуществляется в раннем онтогенезе под воздействием гормонов эмбрионального семенника. Клинические наблюдения позволяют предполагать, что дифференцировка гипоталамуса по женскому или мужскому типу происходит у человека с 4-го по 7-й месяц внутриутробной жизни [345].

Подобного рода факты заставили Мани пересмотреть свои прежние взгляды и от односторонней переоценки психосоциальных факторов перейти на позиции системного подхода [459, 460]. Особого упоминания в этом плане заслуживают проведенное им совместно с Эрхардт [351] катамнестическое изучение 10 девочек, рожденных от матерей, которые в период беременности получали прогестин (для лечения привычного выкидыша) — в этих наблюдениях имел место своеобразный «человеческий» аналог эксперимента канзасской группы. Исследованные в препубертатном возрасте, эти девочки выявили следующие особенности: 1) необычайно высокий показатель умственного развития IQ (Intelligence Quotient), превышавший у 6 девочек 130; 2) девять из 10 предпочитали играть в компании мальчиков и в мальчишечьи игры (единственная девочка, предпочитавшая игры с куклами, составляла исключение и в том отношении, что была единственной из десяти без каких-либо признаков соматической маскулинизации); 3) те же 9 девочек характеризовались окружающими как повышенно самоуверенные и независимые, их называли tomboy (девочка-сорванец, девчонка с мальчишескими ухватками).

В заключение следует подчеркнуть выделение М. С. Мицкевичем [167, 168] двух основных видов гормонального воздействия физикальных детерминант, выявляющихся в двух критических периодах полового развития — эмбриональном и пубертатном. Эти воздействия обозначаются как организующее, или морфогенетическое, и как активационное. «Первое особенно ярко проявляется в ранние этапы онтогенеза, когда гормоны выступают как организаторы, или индукторы, роста и дифференцировки, как абсолютно необходимые агенты, а вызываемое ими действие носит необратимый характер, в то время как активационный тип гормонального действия связан с изменением размера или уровня функции и обычно имеет обратимый характер» [168].

АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПОЛОВОЙ СФЕРЫ

В анатомо-физиологическом обеспечении половой сферы наряду с половыми органами принимают участие как различные образования периферической и центральной нервной системы, так и многие отделы эндокринного аппарата.

Половые органы (гениталии) подразделяются на: 1) половые железы, или гонады (семенники и яичники); 2) половые пути (семяпроводы и яйцеводы); 3) дополнительные образования (придаточные половые железы); 4) копулятивные органы, или органы совокупления. Наряду с этим в практике бытует упро-

щенное деление половых органов на внутренние и наружные; у мужчин к последним относят половой член и мошонку, у женщин — преддверие влагалища, клитор и половые губы.

Анатомия половых органов мужчины

Яички (семенники, тестикулы) (лат. testis, testiculus; греч. orchis, didymis) и тесно с ними связанные **семявыводящие пути** выполняют в организме тройную роль:

1. Являются основным анатомо-физиологическим субстратом, обеспечивающим прокреационную функцию (сперматогенез), которая определяется внешнесекреторной активностью яичек, где происходит созревание, а также придатками яичек, в которых осуществляется дозревание и депонирование спермиев.

2. Обеспечивают ряд сексуальных проявлений рекреационного характера, что реализуется внешне- и внутрисекреторной активностью яичек.

3. Внутрисекреторная активность является облигатной для гармонического развития соматического облика (морфогенез) и очень важным, хотя и факультативным, фактором становления полового самосознания индивидуума. Тройственность функций яичек во многом определяет и разнообразие клинических вариантов их патологии.

Анатомически яичко представляет овальное несколько сплющенное по медиальной поверхности тело, имеющее у взрослого размер 4—4,5×2,5—3,5 см и массу 20—30 г.

При своем смещении из брюшной полости, увлекая за собой брюшину и фасции мышц живота, яичко окутывается семью наружными оболочками (рис. 14): 1 — кожа мошонки — тонкая, складчатая, более пигментированная, чем другие участки тела. Сальные железы ее выделяют секрет с характерным запахом; 2 — tunica dartos (мясистая оболочка) — представляет продолжение подкожной соединительной ткани из паховой области и промежности, но лишена жира. Она содержит значительное количество гладких мышечных волокон и образует для каждого яичка по отдельному мешку, соединение которых по средней линии формирует перегородку, septum scroti, прикрепляющуюся по линии raphe; 3 — fascia spermatica externa — продолжение поверхностной фасции живота; 4 — fascia cremasterica — продолжение фасции m. obliquus int. abdominis, покрывает m. cremaster, что и определило ее название; 5 — m. cremaster — состоит из поперечно-полосатых мышечных волокон, являющихся продолжением m. transversus abdominis; 6 — fascia spermatica interna — представляет продолжение fasciae transversalis; 7 — tunica vaginalis testis — образуется за счет processus vaginalis брюшины; представляет замкнутый серозный мешок, состоя-

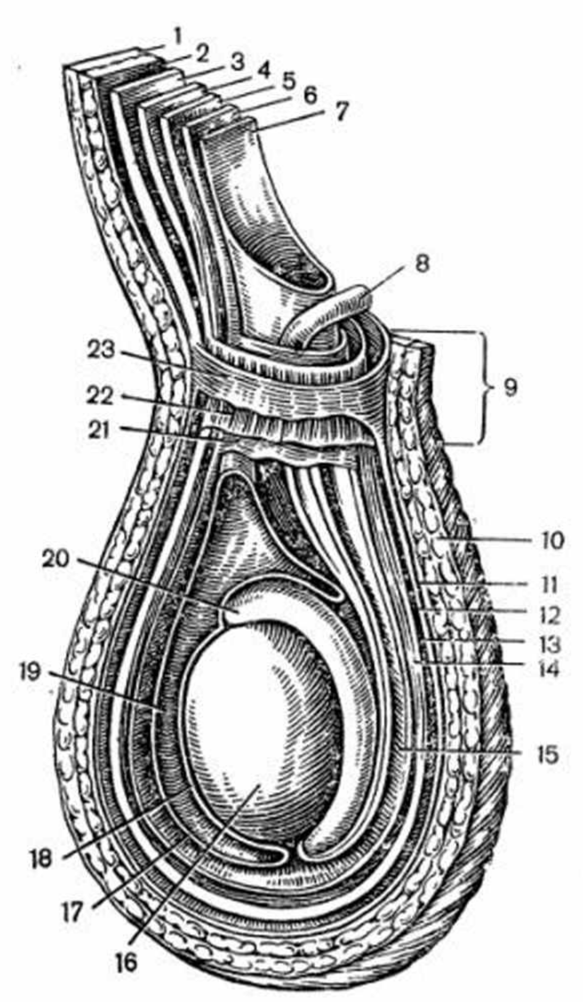


Рис. 14. Схема оболочек яичка.

1, 10 — кожа; 2 — подкожная соединительная ткань; 3 — поверхностная фасция живота; 4 — фасция m. obliquus int. abdominis; 5 — m. transversus abdominis; 6 — fascia transversalis; 7—брюшина; 8—ductus deferens; 9 — funiculus spermaticus; 11 — tunica dartos; 12, 23 — fascia spermatica externa; 13 — fascia cremasterica; 14, 22 — m. cremaster; 15, 21 — fascia spermatica interna; 16 — яичко; 17 — tunica vaginalis testis (lamina parietalis); 18 — tunica vaginalis testis (lamina visceralis); 19 — cavum vaginale; 20 — epididymis.

щий из двух листков: пристеночного (lamina parietalis) и висцерального (lamina visceralis). Между обращенными друг к другу поверхностями париетального и висцерального листков имеется щелевидное пространство — cavum vaginale. Весь этот мышечно-фасциальный аппарат связан с терморегулирующей функцией мошонки, температура в которой на 3—4° С ниже температуры в брюшной полости, что очень важно для обеспечения нормального сперматогенеза [534, 43]. На холоду происходит сокращение мышечных оболочек и подтягивание яичка, нагревание, наоборот, обусловливает их расслабление с опусканием яичка. Нарушение descensus testis с задержкой яичка в брюшной полости или паховом канале (крипторхизм) приводит к резкому нарушению сперматогенеза в соответствующем яичке.

Висцеральный листок влагалищной оболочки тесно связан с белочной оболочкой яичка (tunica albuginea testis), играющей роль собственной соединительнотканной стромы яичка. Плотно срастаясь с паренхимой железы в области заднего края, белочная оболочка проникает внутрь органа в виде клина, образуя средостение яичка (mediastinum testis), или гайморово тело (corpus Highmori), от которого веером расходятся фиброзные пластинки — перегородки (septula testis). Эти перегородки, соединяющиеся по своему периметру с наружным слоем белочной оболочки, ограничивают дольки (lobuli testis) конусообразной формы (рис. 15). В яичке насчитывается до 250—300 долек, в каждой из которых находится 3—4 извитых семенных канальца (tubuli seminiferi contorti). В средостении они переходят в более тонкие прямые семенные канальцы (tubuli semini-

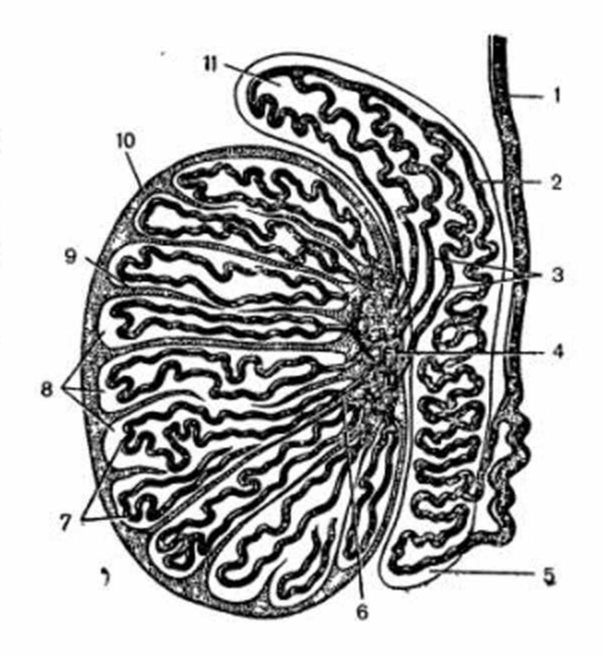


Рис. 15. Схематический разрез яичка с придатком.

1 — vas deferens; 2 — ductus epididymis; 3 — ductuli efferentes; 4 — rete testis (in mediastinum); 5 — cauda epididymis; 6 — tubuli seminiferi recti; 7 — tubuli seminiferi contorti, 8 — lobuli testis; 9 — septula testis; 10 — tunica albuginea; 11 — caput epididymidis.

feri recti), скопление которых образует галлерову сеть яичка (rete testis Halleri). В средостении яичка из сети его канальцев формируются 12—18 тонких коротких выносящих канальцев (ductuli efferentes), которые входят в головку придатка (epididymis).

Основной структурно-функциональной единицей яичка является извитой семенной каналец (рис. 16). Он имеет диаметр 0,2—0,3 мм, и при длине дольки 2—3 см длина канальца составляет не меньше 30—35 м [334]. Стенка канальца построена из собственной соединительнотканной оболочки (tunica propria), в которой выделяется внутренняя базальная мембрана (membrana basalis) с расположенными на ней клетками герминативного эпителия, между которыми протягиваются от основания до просвета канальцев пирамидальные клетки Сертоли. Специфической особенностью последних является их циклическая изменчивость, связанная с динамикой сперматогенеза. Клетки Сертоли обладают агранулярным эндоплазматическим ретикулумом. Последний, а также своеобразная форма митохондрий и липиды в цитоплазме сближают клетки Сертоли с клетками, вырабатывающими стероидные гормоны. Это дает основание предполагать, что клетки Сертоли обладают не только нутритивной, но и эндокринной функцией, вырабатывая гормон, оказывающий влияние на процесс мейотического деления.

В соединительной ткани, разделяющей извитые семенные канальцы, вкраплены группами полигональные клетки Лейдига, всю совокупность которых иногда обозначают термином интерстициальная железа (glandula interstitialis), связывая с этой последней внутрисекреторную активность яичка — образование тестостерона. По данным Шинца и Злотопольского [487], из всей массы вещества яичка взрослого мужчины на извитые

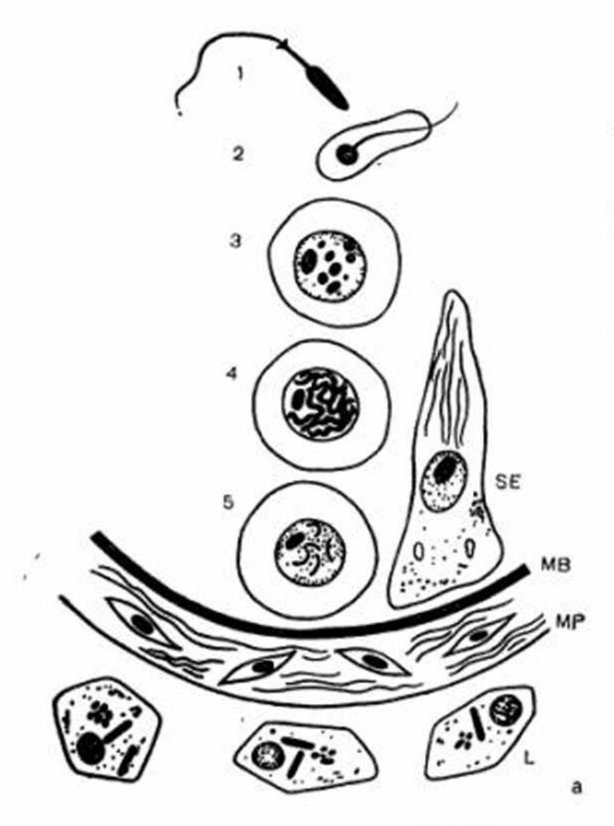


Рис 16. Поперечный разрез извитого семенного канальца.

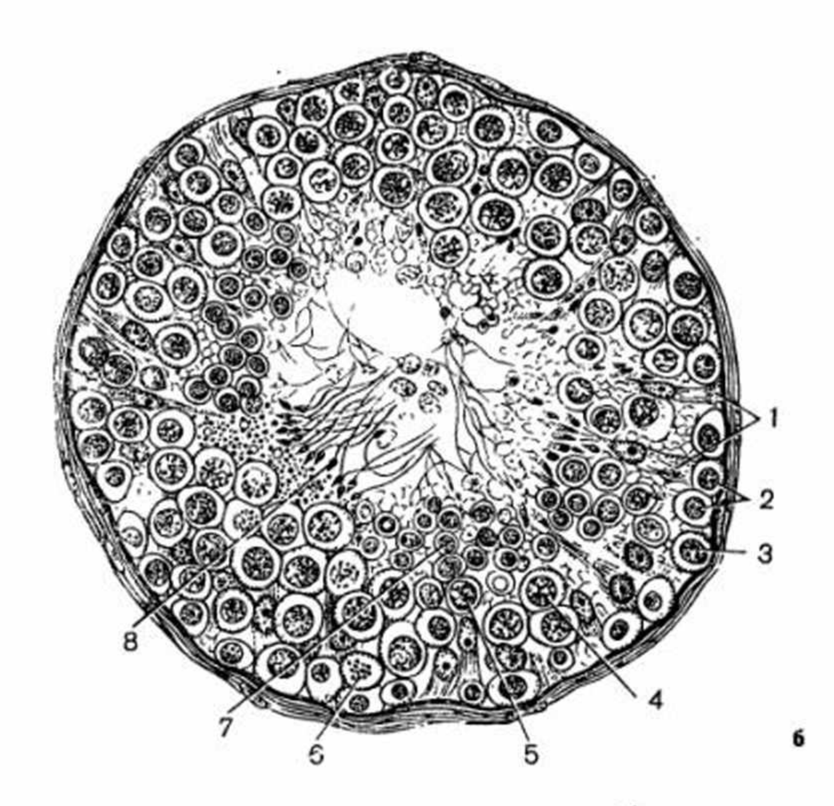
а. Схема основных клеточных элементов: L — клетки Лейдига; MP — membrana propria; MB — membrana basalis; SE — клетки Сертоли. 1 — сперматозоид; 2 — сперматида; 3 — сперматоцит II порядка; 4 — сперматоцит I порядка; 5 — сперматогония [515]. б. Гистологический препарат [508]. 1 — клетки Сертоли; 2 — неразвившиеся (камбиальные) клетки яичка; 3 — сперматогония; 4 — сперматоцит; 5 — пресперматида; 6 — сперматогония (делящаяся); 7 — сперматида; 8 — сперматозоиды.

канальцы приходится 66% веса, на ткань Лейдига — от 8 до 28% (в среднем 12,6%).

В придатке яичка (epididymis testis) различают головку, тело и хвост (рис. 17). Деление это условно, так как макроскопически границу между головкой, телом и хвостом придатка провести невозможно. Тем не менее четкое представление об отделах придатка для клинициста необходимо.

Отделенный от яичка, придаток человека по форме представляет продолговатое тело длиной 5—8 см равномерной толщины (0,8—1 см) или несколько более утолщенное в области головки. От хвоста придатка под острым углом отходит начальная извитая часть семявыносящего протока. Придаток имеет несколько более мягкую консистенцию, чем яичко, и обычно прилежит к его верхнезадненаружной поверхности. Изредка (в 2—5% случаев) приходится встречаться с аномалией расположения придатка — на медиальной или передней поверхности яичка.

Тело придатка подвижно и свободно, а головка и хвост фиксированы внутренней поверхностью соответственно к верхнему и нижнему полюсу яичка при помощи серозных связок: верхняя связка придатка соединяет яичко с головкой придатка, а нижняя — соединяет нижний полюс яичка с хвостом придатка. Как экскизитные описываются случаи, когда придаток бывает полностью отделен от яичка или связан с яичком сравнительно длинной брыжейкой. Тело придатка не прилегает непосредственно к яичку, и собственная влагалищная оболочка заходит с латеральной стороны между яичком и телом придатка,



выстилая их отдельно друг от друга и образуя щелевидную нишу — синус придатка.

Гистологически придаток состоит из множества петель протока придатка, разделенных рыхлой соединительной тканью на 5—18 конусообразных долек длиной около 1 см (см. рис. 15). Проток верхней дольки, выйдя из ее основания, поворачивает вниз и, последовательно принимая протоки всех остальных долек, превращается в *проток придатка* (ductus epididymidis).

Эпителий протока придатка двуслойный и состоит из базальных и призматических клеток. Базальные клетки отсутствуют у неполовозрелых особей и появляются к периоду полового созревания. Свободная поверхность призматических клеток, обращенная в просвет протока, имеет вид пучков ресничек, вследствие чего эпителий протока придатка яичка долгое время считали мерцательным; однако гистологическое исследование показывает, что «реснички» («стереоцилии») поверхностного аппарата неподвижны и связаны с секрецией. Среди стереоцилий накапливается выделяемый клетками секрет. По данным А. В. Немилова [170], на вершинах призматических клеток имеются кутикулярные колпачки, которые при переполнении апикального конца клетки секретом разрываются; обрывки кутикулы выступают в просвет протока в виде нитей, которые и рассматриваются большинством авторов как реснички, или стереоцилии. Призматический эпителий находится в постоянной секреторной активности. Секрет гранулярного характера начинает формироваться в базальной части клетки и постепенно накапливается в виде капли в апикальной части клетки, с которой и отторгается в просвет протока придатка (рис. 18).

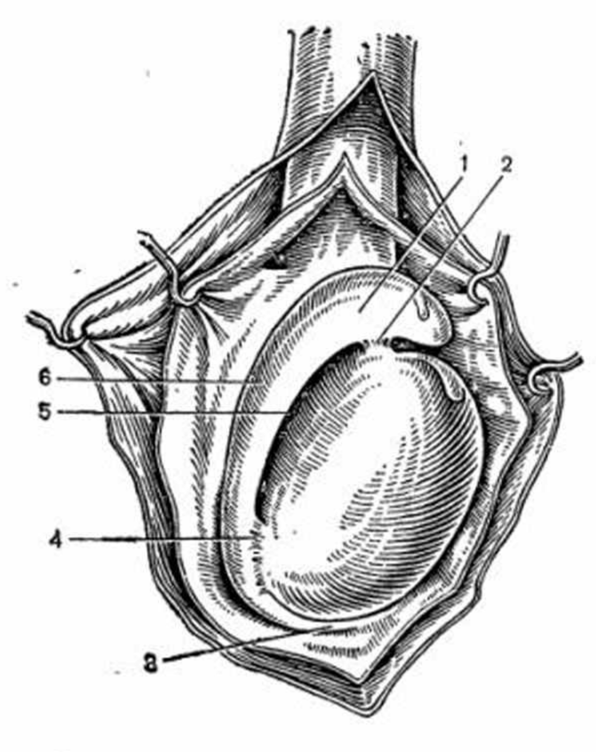


Рис. 17. Яичко и придаток. По В. П. Воробьеву и Р. Д. Синельникову. В придатке яичка различают:
1 — головку; 2 — верхнюю связку; 3 — хвост; 4 — нижнюю связку; 5 — синус; 6 — тело.

Содержимое протока придатка состоит из продуктов эпителия яичка и придатка. В норме в просвете придатка человека и различных млекопитающих даже после многократных эякуляций находят спермии, а также более молодые формы сперматогенеза — сперматиды, сперматоциты, сперматогонии. Почти все исследователи, изучавшие гистофизиологию придатка, отмечают феномен спермиофагии — поглощение и переваривание спермиев особыми клетками — спермиофагами. Генез спермиофагов окончательно не установлен. Процесс спермиофагии рассматривают как тенденцию организма удалить биологически наиболее слабые спермии; осуществляется своего рода естественный отбор. Процесс спермиофагии имеет важное значение для понимания возможности сохранения сперматогенеза при нарушении проходимости семявыносящего пути дистальнее придатка яичка.

До самого последнего времени придатки яичек принято относить к семявыводящим путям. Между тем начиная с 30-х годов ряд исследователей — А. В. Немилов [170], Кнаус [418] и др. — указывали на активную секреторную роль придатков, а Б. С. Гехман [83, 84] представил анатомические и экспериментальные обоснования для отнесения их к придаточным половым железам наряду с предстательной железой, семенными пузырьками и купферовыми железами. Так, Кнаус в эксперименте на кроликах успешно производил искусственное оплодотворение самок спермиями, полученными из хвоста придатка, и никогда ему не удавалось произвести оплодотворение спермиями, взятыми из головки. Б. С. Гехман изучал в эксперименте продолжительность подвижности спермиев из различных отделов придатка яичка белой крысы, просматривая препараты через каждые 15 мин до полного прекращения движений спермиев во всем препарате; средняя продолжительность сохранения подвижности спермиями оказалась: в головке придатка — 35 мин, в верхней части тела — 64 мин, в нижней части тела —

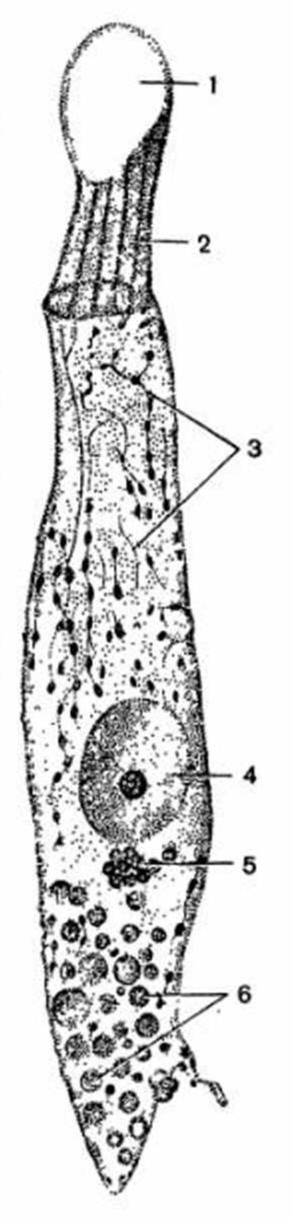


Рис. 18. Начало секреторной фазы клетки эпителия придатка яичка собаки.

1 — отделяющаяся от клетки капля секрета; 2 — «плазматический слой»; 3 — хондриома; 4 — ядро; 5 — мелкие гранулы секрета; 6 — крупные гранулы секрета. Окраска железным гематоксилином [170].

71 мин и в хвосте придатка — 211 мин [84]. Таким образом, современные данные показывают, что придатки яичек являются придаточными половыми железами, в которых происходит окончательное созревание и накапливанис зрелых спермиев.

Семявыводящие пути в истинном понимании начинаются в месте отчетливо выраженного перехода ductus epididymidis, который, пройдя хвост придатка, круто поворачивает вверх, образуя семявыносящий проток.

Семявыносящий проток (ductus s. vas deferens) представляет плотный мышечный шнур, имеющий на поперечном разрезе вид круга, небольшой просвет которого окаймлен толстыми (до 1,5 мм) стенками с наружным диаметром до 2,5—3 мм. Длина семявыносящего протока взрослого мужчины достигает 35—50 см. В семявыносящем протоке различают 4 части: яичковую (длиной около 2,5 см), канатиковую, паховую и тазовую. В начальном отделе семявыносящего протока нередко имеются сужения просвета при отсутствии воспалительных изменений. Отделенный от яичка сосудами (a. et v. testiculares), семявыносящий проток поднимается кверху в составе семенного канатика (funiculus spermaticus), который как бы подвешивает яичко в мошонке. В состав семенного канатика, кроме кровеносных, входят лимфатические сосуды, а также нервы. У внутреннего кольца пахового канала составные части семенного канатика вновь расходятся, так что семенной канатик как таковой простирается только от заднего края яичка до внутреннего кольца пахового канала. В тазовой части семявыносящий проток расширяется почти вдвое и образует ампулу семявыносящего протока (ampulla ductus deferentis), длина которой составляет 3—4 см, а толщина 7—10 мм. В области ампулы семявыносящий проток не только расширяется, но и дает боковые дивертикулярные выпячивания. Книзу ампула постепенно суживается и на уровне верхнего полюса предстательной железы соединяется с семяизвергаю-

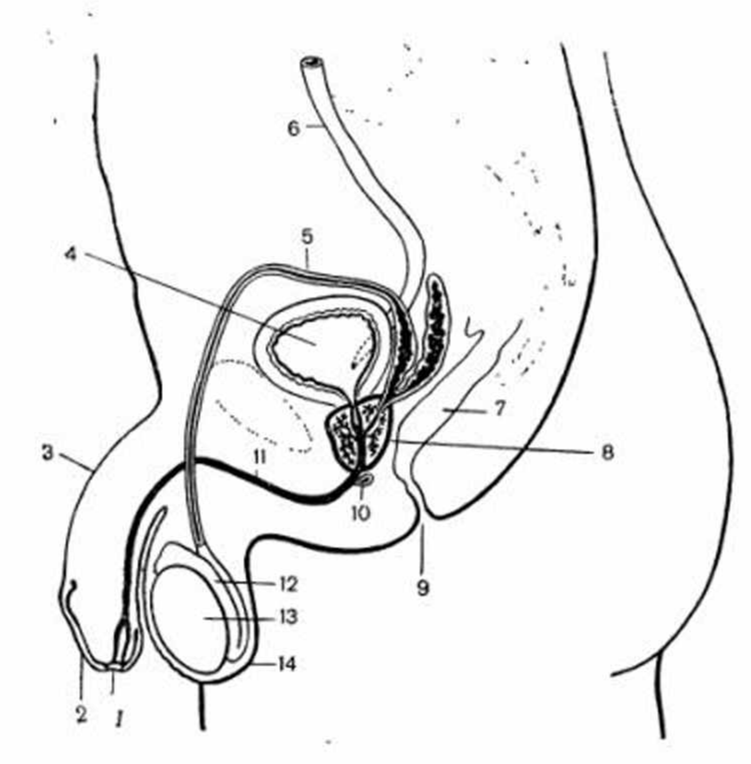


Рис. 19. Половые органы мужчины в сагиттальном разрезе. Видны топографические соотношения предстательной железы с прилежащими органами [342].

1 — meatus; 2 — praeputium; 3 — penis; 4 — vesica urinaria; 5 — vas deferens; 6 — ureter; 7 — rectum; 8— prostata; 9— anus; 10— glandula Cowperi; 11 — urethra; 12 — epididymis; 13 — testis; 14 — scrotum.

щим протоком (ductus excretorius) семенного пузырька. Начиная от места слияния семявыносящего протока с семяизвергающим протоком образуется общий семявыбрасывающий проток (ductus ejaculatorius). Последний, прободая предстательную железу, открывается в просвет предстательного отдела уретры на верхушке семенного бугорка.

Предстательная железа (*простата*, prostata, glandula prostatica; греч. prŏstates от proistanai — предстоять, выдаваться вперед) — мышечно-железистый орган, тесно прилежащий к нижней части мочевого пузыря и охватывающий начало мочеиспускательного канала (рис. 19). Вместе с придатками яичек и *семенными пузырьками* входит в состав дополнительных образований (вспомогательных, или придаточных желез) мужских половых органов.

По своим очертаниям простата напоминает округленный треугольник, основание которого (basis prostatae) прилежит к мочевому пузырю, а вершина (apex) вытягивается сверху вниз и сзади наперед к diaphragma urogenitale. Основание простаты спереди сращено с шейкой мочевого пузыря, а сзади к нему прилежат семенные пузырьки, медиальнее которых входят семявыбрасывающие протоки. Передняя поверхность простаты (facies anterior prostatae) обращена к симфизу. Между нею и лобковой костью залегают венозное сплетение, а также парная лобково-предстательная связка (lig. pubo-prostaticum). Задняя поверхность, бóльшая по площади, чем передняя, отделяется от ампулы прямой кишки тонкой соединительнотканной перегородкой (septum rectovesicale). Своими боковыми округленными сторонами простата граничит с mm. levatores ani, от которых

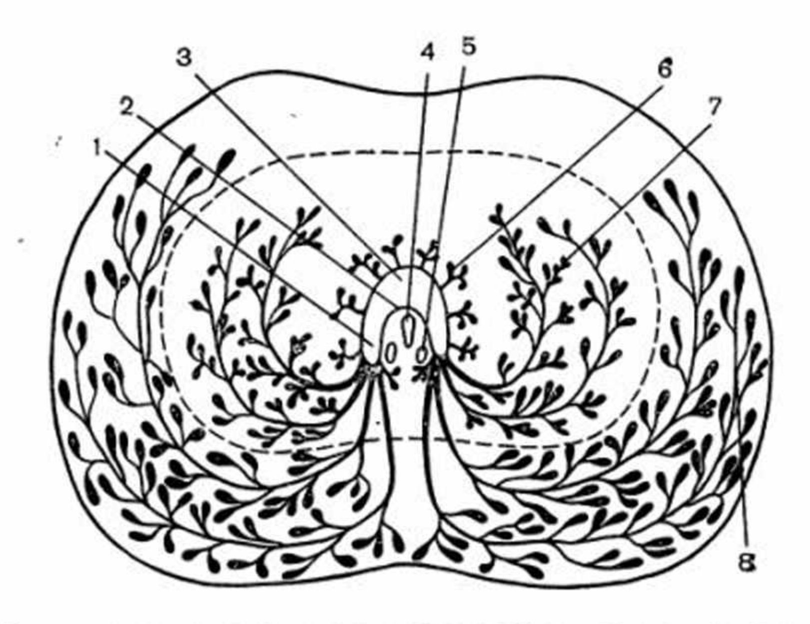


Рис. 20. Схема распределения простатических желез (поперечный разрез) [3].

1 — sinus urethralis; 2 — семенной бугорок; 3 — мочеиспускательный канал; 4 — мужская маточка (в поперечном разрезе); 5 — семяизвергающий проток (в поперечном разрезе); 6 — периуретральные простатические железы; 7 — подслизистые простатические железы; 8 — главные (или наружные) простатические железы.

отделяется плотным апоневрозом. При сокращении этих мышц простата подтягивается кверху.

На задней поверхности простаты прощупывается бороздка, разделяющая ее на боковые доли (lobus dexter et lobus sinister). Однако при микроскопическом исследовании деление простаты на самостоятельные доли не подтверждается.

Размеры предстательной железы значительно изменяются с возрастом. До наступления половой зрелости она мала и представляет собой почти исключительно мышечный орган. Железистая часть развивается в период полового созревания, и дефинитивного строения простата достигает приблизительно к 17 годам. У взрослого мужчины длина ее составляет 2,5—4,2 см, ширина 2,2—5 см, толщина 1,7—2,3 см, масса 17—28 г.

Семяизвергающие протоки (ductus ejaculatorii) открываются по задней поверхности мочеиспускательноо канала *на семенном бугорке* (colliculus seminalis). Благодаря образуемому здесь расширению (fossula prostatica) поперечное сечение мочеиспускательного канала приобретает в области семенного бугорка подковообразные очертания и расположенные по бокам части его получают название уретральных синусов (sinus urethralis) (рис. 20). В colliculus seminalis залегает сеть эластических волокон и продольные пучки гладких мышц.

Приблизительно на середине семенного бугорка открывается мужская маточка (utriculus prostaticus, s. utriculus masculinus), или веберов орган, немного ниже располагаются щелевидные отверстия ductus ejaculatorii (см. рис. 20). Иногда последние

открываются не прямо в мочеиспускательный канал, а в нижнюю часть мужской маточки. Таким образом, мужская маточка лежит между семяизвергающими протоками и представляет собой слепо оканчивающийся мешочек, заложенный в паренхиме простаты. Размеры маточки варьируют, в среднем достигая 8—10 мм в длину, а в диаметре 1—2 мм у устья и 4—6 мм у слепого конца. В отдельных случаях мужская маточка может отсутствовать, иногда ее устье зарастает. Хотя эмбриогенетически мужская маточка представляет остаток мюллеровых протоков, ее едва ли можно считать просто рудиментарным органом, так как она, по-видимому, обладает некоторой, еще неясной, функциональной активностью.

Снаружи предстательная железа покрыта капсулой, состоящей из плотной соединительной ткани с примесью гладких мышечных волокон, а ее основу образуют соединительная ткань, богатая эластическими волокнами, и мощные пучки гладких мышц, составляющие кольцевую мышцу (musculus prostaticus). Последняя сверху сливается с круговым мышечным слоем мочевого пузыря, а снизу — с произвольным сфинктером перепончатой части уретры. От области colliculus seminalis к периферии радиально расходятся соединительнотканно-мышечные прослойки, разделяющие железки простаты, которые можно объединить в три группы (см. рис. 20). Вокруг мочеиспускательного канала расположены мелкие периуретральные железы, каждая из которых открывается в мочеиспускательный канал. За ними следует слой подслизистых желез трубчато-альвеолярной формы, которые соединяются общими выводными протоками, открывающимися с каждой стороны в sinus urethralis. Такое же расположение обнаруживается и в наружном слое простаты, где находятся главные, или наружные, самые крупные железы, общие выводные протоки которых открываются на задних стенках sinus urethralis. Периуретральные железы располагаются вокруг мочеиспускательного канала почти равномерно; железы подслизистого и главного слоев имеются только в задней части простаты, передняя же часть заполнена мышечными слоями, которые и выделяются как кольцевая мышца.

Железы простаты не имеют правильных очертаний, так как в них чередуются расширения, иногда кистозного характера, с узкими, часто ветвящимися трубочками. Наличие расширений связано с тем, что секрет может накапливаться и нередко конденсируется в плотные округлые или овальные тельца с концентрической слоистостью — так называемые конкреции предстательной железы. Последние, постепенно пропитываясь солями кальция, превращаются в камни предстательной железы, по большей части микроскопических размеров, но иногда они достигают 1 мм в диаметре. Число и размеры конкреций увеличиваются с возрастом.

В цитоплазме клеток железистого эпителия гистохимически определяется кислая фосфатаза, тогда как в эндотелии субэпителиальных капилляров содержится щелочная фосфатаза. Секрет простаты (succus prostaticus) — сравнительно вязкая мутноватая жидкость белого цвета. Примешиваясь к сперме, секрет предстательной железы придает ей специфический запах, обусловленный наличием спермина, количество которого очень велико — 0,1 г на 100 г свежей ткани предстательной железы. Секрет простаты содержит натрий, калий и кальций в бо́льших концентрациях, чем плазма крови, а также в значительных количествах цинк, уровень же хлоридов, бикарбонатов и фосфатов в нем сравнительно низкий. В секрете предстательной железы взвешены липоидные (лецитиновые) капельки, а также нередко встречаются мелкие конкременты. Слизи секрет простаты не содержит. Особенно же характерно для секрета предстательной железы наличие кислой фосфатазы и лимонной кислоты, причем их содержание повышается по мере активации простаты. Так, уровни концентрации кислой фосфатазы и лимонной кислоты начинают быстро возрастать после наступления половой зрелости, снижаются после кастрации и возвращаются к норме после введения андрогенов [488].

Небольшие количества секрета простаты выделяются более или менее непрерывно, примешиваясь к моче. Так называемая секреция покоя предстательной железы в течение суток по Скотту [494] составляет 0,5—2 мл. Величина секреции резко усиливается под влиянием парасимпатических импульсов и андрогенов. Массивное выделение накопленного секрета предстательной железы наступает в момент эякуляции и обусловливается сильным сокращением ее мышечных волокон.

Ранее было сравнительно широко распространено мнение, высказанное Fürbringer (1881), что секрет простаты активирует движения спермиев и создает условия, благоприятствующие их жизнеспособности. Однако возможность оплодотворения спермой, извлеченной из изолированного придатка семенника, свидетельствует, что наличие секрета предстательной железы не обязательно для полноценности спермиев [535]. Так же не оправдалось и предположение, что секрет предстательной железы обеспечивает жизнеспособность спермиев благодаря содержанию в нем углеводов — концентрация глюкозы в секрете простаты оказалась в действительности весьма низкой [395]. С другой стороны, экспериментальное изучение спермиев в придатке яичка [267, 83] показывает, что они находятся там в состоянии анабиоза. Гистохимические исследования М. Г. Чумак [267] свидетельствуют, что биохимический механизм анабиоза спермиев в придатке яичка заключается в инактивации сульфгидрильных групп, кислой и щелочной фосфатаз белков

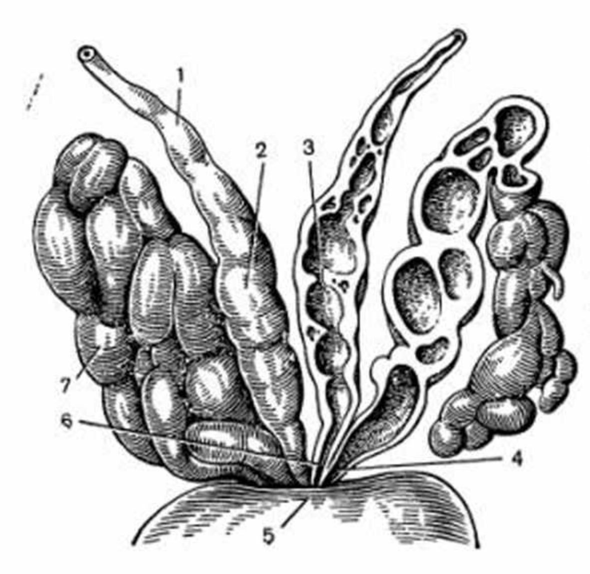


Рис. 21. Семенные пузырьки и их соотношения с семявыносящими протоками и предстательной железой (по М. А. Заиграеву, 1963):

1 — ductus deferens; 2 — ampulla ductus deferentis; 3 — diverticula ampullae; 4 — ductus excretorius vesiculae seminalis; 5 — prostata; 6 — ductus ejaculatorius; 7 — corpus vesiculae seminalis.

спермиев при попадании последних в кислую среду секрета придатка (pH 6,1—6,6). По этим данным, спермии выходят из состояния анабиоза (и приобретают подвижность, как это утверждал Fürbringer) под воздействием секрета предстательной железы. Наряду с этим секрет простаты содержит два сильных протеолитических фермента — фибролизин и фиброгеназу [396], — 2 мл фибролизина в состоянии разжижить 100 мл коагулированной человеческой крови. По-видимому, секрет предстательной железы, выбрасываемый во время эякуляции, разжижает сперму и увеличивает ее объем [394]. Сперма, находящаяся в ductus deferens, настолько густа, а ее объем настолько мал, что в момент эякуляции она без соответствующего разведения секретом простаты едва ли смогла бы пройти по мочеиспускательному каналу до его наружного отверстия.

Семенные пузырьки (vesiculae seminales, s. glandulae vesiculosae) — парные образования, сформировавшиеся из вольфовых протоков. Представляют два мешковидных тела, расположенных между нижнезадней стенкой мочевого пузыря и ампулой прямой кишки, над верхним краем предстательной железы (см. рис. 19 и 21). Своими шейками (dustus excretorius vesicae seminalis) образуют не совсем замкнутый угол, причем у новорожденных и у лиц старше 60 лет он тупой, до 100—120°, а в зрелом возрасте равен 60—80°. Семенные пузырьки взрослого мужчины представляют трубку с бугристой поверхностью, длиной 4—5 см, шириной 1,5—2 см и толщиной 1—1,5 см; по обе стороны основной трубки отходят 3—5 боковых.

Стенка семенного пузырька состоит из четырех слоев: наружной соединительнотканной оболочки, мышечного слоя (состоящего из двух продольных рядов и одного кругового ряда волокон), слабо развитого подслизистого слоя и слизистой оболочки, которая образует зубчатые ворсинкообразные воз-

вышения разной формы, от отдельных мелких выступов до сетчатки, местами заполняющей весь просвет.

Семенные пузырьки развиваются и функционируют под влиянием андрогенов. После кастрации эпителий в семенных пузырьках становится низким и секреторная деятельность его уменьшается. После введения тестостерона атрофированный эпителий восстанавливается до нормы.

Секрет семенных пузырьков прозрачно стекловидный, клейкой желатиноподобной консистенции, без запаха, щелочной реакции (pH 7,3). Он содержит жироподобные капли разной величины (некоторые в 5—10 раз крупнее, чем лейкоциты), вязкие, студенистые глыбки, носящие название «саговых зерен». Секрет семенных пузырьков вместе с секретом предстательной железы составляет бóльшую часть семенной жидкости. Наиболее важной составной частью секрета семенных пузырьков является фруктоза. Количественное содержание и выделение фруктозы стимулируются и регулируются половыми гормонами, а также зависят от питания (в частности, от уровня сахара в крови). В период полового созревания в семенных пузырьках появляется сначала фруктоза и лишь затем — подвижные сперматозоиды. После кастрации фруктоза исчезает и снова появляется после введения тестостерона. При обтурационной азооспермии содержание фруктозы не уменьшается; при азооспермии на почве двусторонней атрофии оно уменьшается только в том случае, если одновременно со сперматогенной страдает и инкреторная функция яичек [191]. Фруктоза является тем субстратом, который необходим спермиям для процессов обмена веществ [444], и представляет существенное, хотя и не исключительное, средство, способствующее их подвижности. Секрет семенных пузырьков, примешиваясь к эякуляту наряду с секретом предстательной железы, способствует увеличению его массы.

Накопление секрета в семенных пузырьках, механически раздражая заложенные в их стенки нервные окончания, оказывает возбуждающее влияние на протекание ряда половых реакций (И. Р. Тарханов [242]). Накопление секрета самих семенных пузырьков не следует, однако, отождествлять с депонированием в них спермы. Четыре века назад Фаллопий описал позади мочевого пузыря над предстательной железой парные образования, которые он, сочтя их назначенными для накопления семени, назвал receptacula seminis. С тех пор его заблуждение укоренилось в сознании многих морфологов и клиницистов. Между тем сравнительно-биологический подход к изучению роли семенных пузырьков позволил установить интересную особенность строения половой системы ряда млекопитающих (бык, баран, грызуны), у которых семенные пузырьки и семявыносящие протоки открываются в просвет задней уретры обособленно, что исключает возможность накоп-

ления спермы в семенных пузырьках. Семенные пузырьки скорее не хранилище, а кладбище спермиев, которые в них разрушаются и резорбируются. Дело в том, что для сохранения жизнеспособности созревших спермиев необходим определенный температурный режим, а, как известно, температура в мошонке на 3—4° С ниже температуры брюшной полости. Этим, по данным Кнауса [418], обусловлен тот факт, что спермии в хвосте придатка яичка сохраняют жизнеспособность в течение 40 дней, а спермии, проникшие в ампулы и семенные пузырьки, остаются способными к оплодотворению только на протяжении 2 дней. Таким образом, семенные пузырьки (а правильнее было бы, по мнению Б. С. Гехмана, называть их *везикулярные железы*) не являются в физиологическом смысле резервуаром для спермиев. Коркуд [420], заполняя у мужчин семявыносящий проток и хвост придатка контрастным веществом, изучал динамику эякуляции рентгенологически. Эти наблюдения показали, что семявыносящий проток полностью освобождается от контрастного вещества после каждой эякуляции, а в хвосте придатка контрастное вещество сохранялось после нескольких эякуляций даже через 10 дней.

Половой член (penis, membrum virile) служит для удаления мочи из мочевого пузыря, является носителем основной эрогенной зоны и при совокуплении способствует введению семени в глубокие отделы женских половых органов. В половом члене человека различают задний широкий укрепленный конец — корень (radix penis), тело (corpus penis) и головку (glans penis); поверхности — переднюю, или спинку полового члена (dorsum penis), и заднюю (в спокойном состоянии) — facies urethralis. Основную массу полового члена составляют два собственных пещеристых тела (corpora cavernosa penis) и пещеристое тело мочеиспускательного канала (corpus spongiosum s. cavernosum urethrae), которое утолщено на обоих концах и образует спереди головку члена, а сзади — луковицу (bulbus penis). Головка по форме представляет тупой конус, в углубление его основания входят передние концы соединенных между собой пещеристых тел полового члена (рис. 22). Выступающая над ними часть основания головки называется венчиком полового члена (corona glandis); позади венчика находится круговая борозда, или шейка (collum glandis). На свободном конце головки открывается наружное отверстие мочеиспускательного канала (ostium s. orificium urethrae); расширенная часть канала, находящаяся в головке, называется ладьевидной ямкой (fossa navicularis). Кожа члена у основания головки образует складку — крайнюю плоть (praeputium). Между головкой и крайней плотью остается щелевидная полость крайней плоти; длина крайней плоти и величина ее полости подвержены значительным индивидуальным колеба-

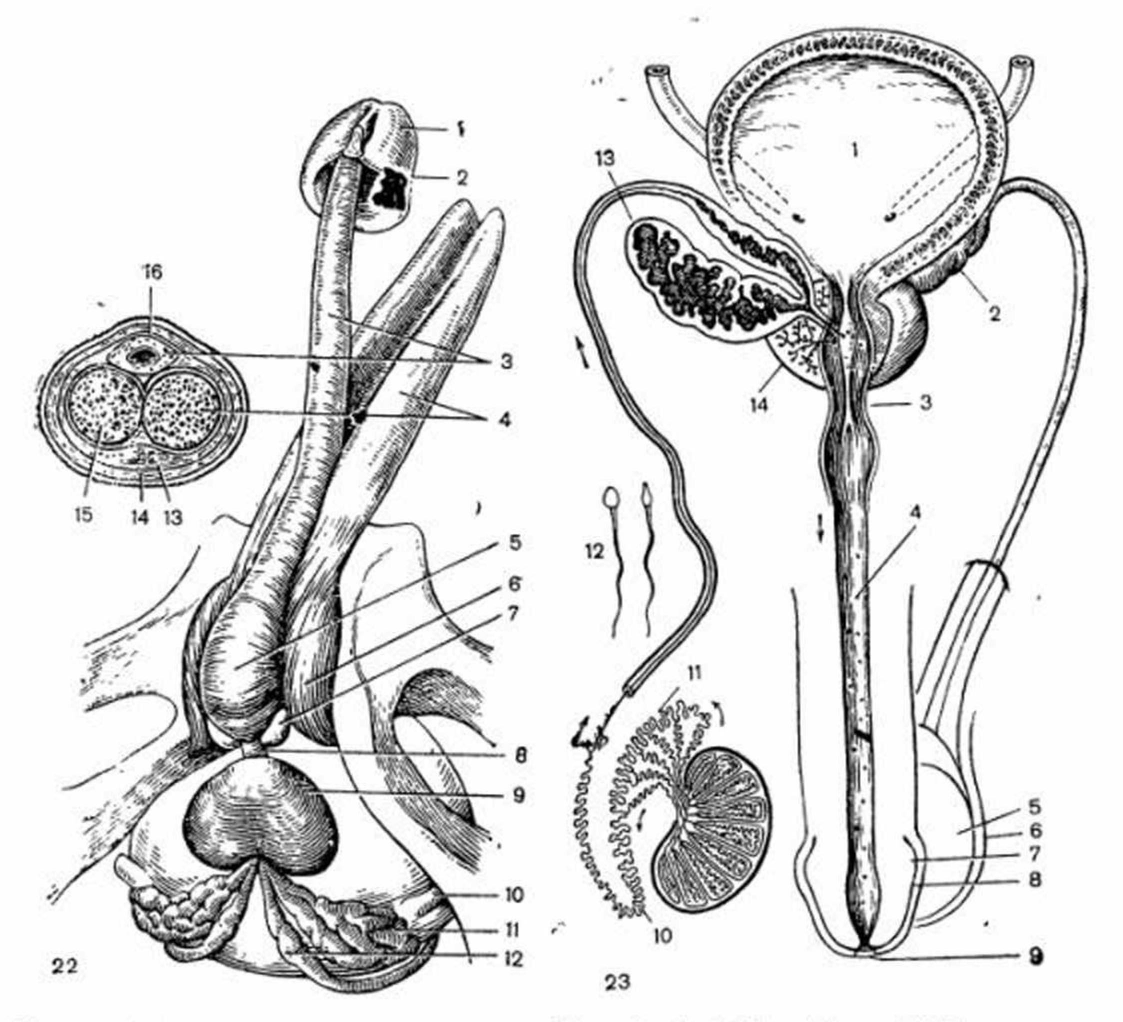


Рис. 22. Анатомия полового члена (Benninghoff-Goerttler, 1964).

1 — glans penis; 2 — corona glandis; 3 — corpus spongiosum penis; 4 — corpus cavernosum penis; 5 — bulbus penis; 6 — crus penis; 7 — glandula bulbourethralis; 8 — pars membranacea; 9 — prostata; 10 — ureter; 11 — vesicula seminalis; 12 — ampulla ductus deferentis; 13 — vena dorsalis penis; 14 — tunica albuginea; 15 — arteria profunda penis; 16 — fascia penis.

Рис. 23. Фронтальная схема половых органов мужчины [342].

1 — мочевой пузырь; 2 — семенной пузырек; 3 — pars membanacea uretrae; 4 — железы Литтре; 5 — яичко; 6 — мошонка; 7 — венчик; 8 — головка члена; 9 — наружное отверстие уретры; 10 — хвост придатка; 11 — головка придатка; 12 — спермии (увеличены); 13 — семенной пузырек (продольный разрез); 14 — простата и семявыносящий проток (vas deferens).

ниям. На нижней стороне полового члена крайняя плоть соединяется с кожей головки вертикальной уздечкой (frenulum praeputii). На внутренней поверхности крайней плоти располагаются различной величины сальные железки (glandulae praeputiales).

Половой член плотно фиксируется луковицей уретры к мочеполовому треугольнику (trigonum urogenitale). С внутренними краями седалищных и лобковых костей половой член плотно сращен пещеристыми телами, заостренные концы которых (crura penis) срастаются своей белочной оболочкой с надкостницей. Плотность фиксации усиливается поддерживаю-

щей и пращевидной связками (lig. suspensorium penis et lig. fundiforme penis), а также окружающей пещеристые тела седалищно-пещеристой мышцей (m. ischio-cavernosus). В среднем отделе эта мышца отличается значительной массивностью, а в переднем и заднем принимает сухожильный характер, переходя в белочную оболочку, натяжение которой способствует эрекции.

Аналогичная по функции луковично-пещеристая мышца (m. bulbo-cavernosus) покрывает свободную поверхность луковицы, сплетаясь с волокнами наружного сфинктера заднего прохода.

Мочеиспускательный канал, или **уретра,** мужчины (urethra masculina) представляет трубку около 18—22 см длиной, простирающуюся от мочевого пузыря до наружного отверстия уретры (meatus) на головке полового члена (рис. 23). Служит для выведения мочи и прохождения эякулята. В мочеиспускательном канале различают три части: простатическую, перепончатую и пещеристую.

Предстательная часть (pars prostatica urethrae) проходит через толщу простаты и является наиболее широким и растяжимым участком мочеиспускательного канала. Длина этого отдела варьирует в пределах 2,5—4 см. На задней стенке располагается продольный валик crista urethralis, наибольшее возвышение которого выделяется как семенной бугорок (colliculus seminalis).

Перепончатая часть (pars membranacea urethrae) расположена между верхушкой предстательной железы и bulbus penis (см. рис. 19 и 23). Этот отдел мочеиспускательного канала является самым коротким (около 1—2 см) и самым узким. Прободая на своем пути мочеполовую диафрагму таза (diaphragma urogenitale) с ее верхней и нижней фасциями, перепончатая часть в то же время имеет два слоя (тонкий продольный и более толстый циркулярный) гладких мышечных волокон, а также окружена поперечнополосатыми мышечными пучками произвольного, или наружного, сфинктера уретры (sphincter urethrae externus).

Пещеристая (или губчатая) часть (pars cavernosa s. spongiosa urethrae) представляет самый длинный отдел мочеиспускательного канала, расположенный в нижнем непарном пещеристом теле (corpus cavernosum urethrae).

Наряду с приведенным анатомическим делением в урологической клинике в соответствии с динамикой течения воспалительных процессов различают переднюю и заднюю уретру: передняя включает pars spongiosa, задняя — два других отдела, а границей между ними служит sphincter urethrae externus. Этой номенклатуре соответствуют также подразделения на фаллическую и тазовую, или подвижную и фиксированную, части уретры.

Мочеиспускательный канал в целом имеет S-образную изогнутость (см. рис. 19). При поднимании полового члена вверх к животу передняя кривизна выпрямляется и остается один изгиб с вогнутостью, обращенной к symphysis pubica. На всем протяжении слизистой оболочки мочеиспускательного канала расположены гроздеобразные трубчато-альвеолярные железы Литтре (glandulae urethrales Littré) В толще diaphragma urogenitale над задним концом bulbus penis располагаются две куперовы железы (glandulae bulbourethrales Cowperi), величиной каждая с горошину. Их выводные протоки, длиной около 3—4 см, прободая мочеполовую диафрагму, открываются в пещеристую часть уретры в области bulbus. Куперовы железы, как и железки Литтре, выделяют слизистый секрет, количество которого увеличивается при половом возбуждении. Полагают, что он служит для увлажнения уретры и поддержания в ней щелочной реакции, благоприятной для спермиев.

Анатомия половых органов женщины

Женские половые органы принято делить на внутренние (рис. 24) и наружные (рис. 25). Такое деление обосновывается не только различиями в топографии (внутренние органы расположены в малом тазу, а наружные — вне мочеполовой диафрагмы, на наружной поверхности тела), но и различиями эмбрионального развития (см. табл. 2). Кроме того, они различаются и функционально: внутренние обеспечивают главным образом прокреацию, а наружные являются эрогенными зонами и обеспечивают только рекреацию.

Внутренние половые органы

Яичники (ovarium, ovarion, oophoron) — половая железа, гонада женщины. Представляет парный орган уплощенной овоидной формы длиной 3—4 см, шириной 2—2,5 см, толщиной 1—1,5 см. Масса 5—8 г. Поверхность яичников в детстве гладкая, впоследствии становится бугристой, изборождается рубцами. В климактерическом периоде яичники становятся более плотными, сморщиваются и уменьшаются. Яичник брюшиной не покрыт, а лишь небольшой своей частью внедряется в широкую связку, представляющую дупликатуру брюшины. Свободная поверхность яичника покрыта однослойным кубическим, или зачатковым, эпителием. Второй слой яичника — белочная оболочка (tunica albuginea), состоящая из сети тонких, нежных коллагеновых волокон. Толщина белочной оболочки около 0,1 мм. Под белочной оболочкой залегает третий, корковый, слой яичника (substantia corticalis), который состоит из тонковолокнистой соединительнотканной стромы и фолликулов

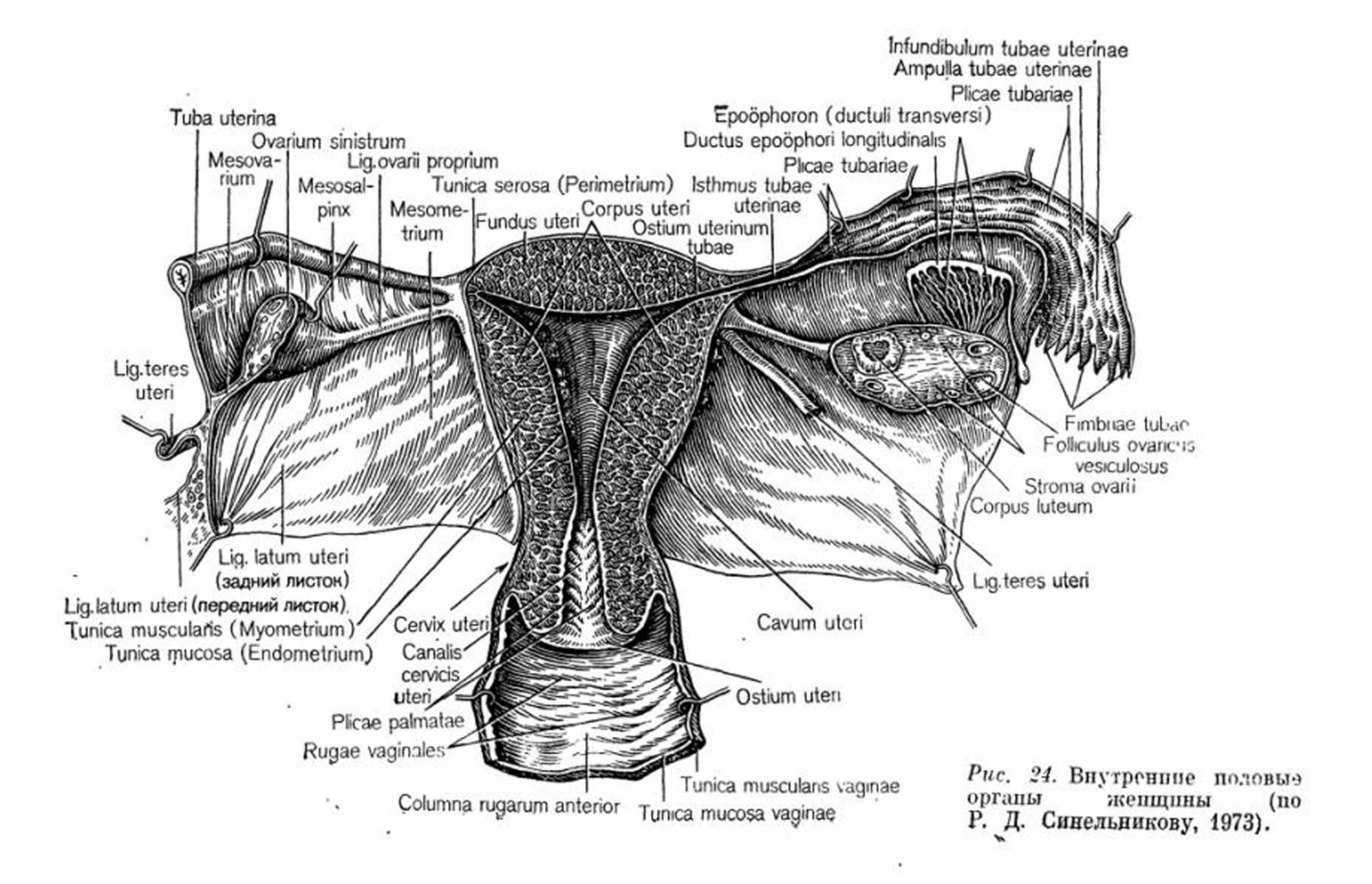


Рис. 24. Внутренние половые органы женщины (по Р. Д. Синельникову, 1973).

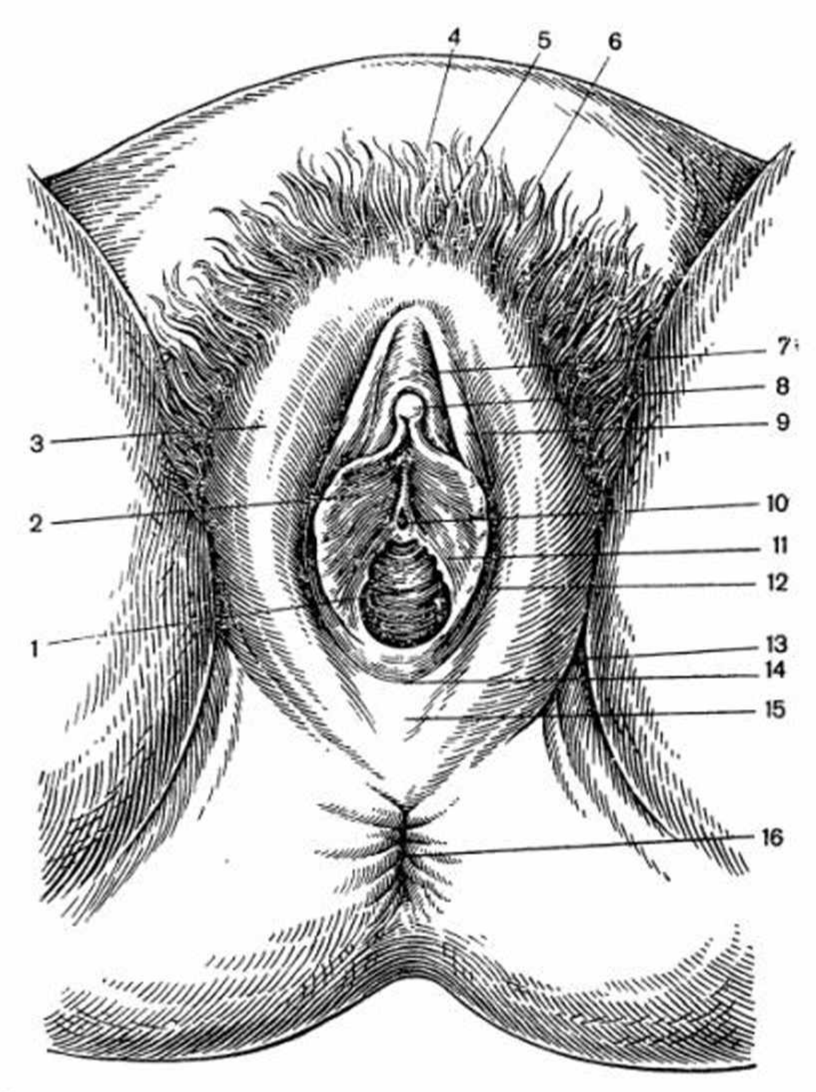


Рис. 25. Наружные половые органы женщины.

1 — vagina; 2 — labium minus pudendi; 3 — labium majus pudendi; 4 — mons pubis; 5 — commissura labiorum ant.; 6 — pubis; 7 — praeputium clitoridis; 8 — glans clitoridis; 9 — sulcus praeputio-labialis; 10 — orificium urethrae ext.; 11 — carunculae hymenales; 12 — sulcus hymeno-labialis; 13 — sulcus labio-femoralis; 14 — fossa navicularis; 15 — commissura labiorum post.; 16 — anus.

на разной стадии созревания (примордиальные, первичные, полостные, зреющие и зрелые фолликулы — граафовы пузырьки). По мере созревания фолликулы приближаются к поверхности и увеличиваются от нескольких микрометров (мКм) до 6—20 мм. При наступлении полного созревания фолликул лопается, яйцеклетка с жидкостью выходит в брюшную полость (овуляция) и затем в брюшное отверстие трубы. Полость фолликула заполняется кровью и превращается в желтое тело менструации (corpus luteus menstruale). Если оплодотворение не происходит, за 2—3 дня до начала менструации начинается регрессия — прекращается гормональная функция, исчезает желтая окраска и желтое тело превращается в белое тело (corpus albicans). Если же беременность наступила, образуется желтое тело беременности (corpus luteus graviditatis); со вто-

рой половины беременности оно подвергается атрофии и, так же как и желтое тело менструации, превращается в гиалиновый рубчик — белое тело.

Четвертый, мозговой (медуллярный), слой яичника, располагающийся от центра до ворот яичника, состоит из нежной соединительной ткани, кровеносных и лимфатических сосудов и нервов.

Функции яичников: 1. Генеративная (гаметогенная). К моменту рождения яичники содержат от нескольких сотен тысяч до двух миллионов примордиальных фолликулов. К периоду половой зрелости в результате физиологической атрофии остается около 36 тыс фолликулов. После завершения пубертатного периода под влиянием гонадотропных гормонов гипофиза начинается ежемесячное созревание 300—400 фолликулов. Однако завершает созревание в течение всего генеративного периода около 400 фолликулов, остальные атрезируются. Наряду с этим высказывается мнение, что овогенез происходит в течение всего генеративного периода; при каждой овуляции ритмично и волнообразно все примордиальные фолликулы атрезируются и из зачаточного эпителия образуются новые яйцеклетки. Циклическая гаметогенная функция продолжается 30—35 лет и прекращается в период менопаузы.

2. Секреторная (эндокринная). Яичники продуцируют эстрогены, прогестерон и андрогены. Продукция эстрогенов (фолликулярного гормона) начинается еще в эмбриональном периоде. После рождения следует фаза пониженной секреции, т. е. атрофия примордиальных фолликулов не сопровождается продукцией эстрогенов. В пубертатный период в яичниках появляются полостные зреющие фолликулы, гибель которых создает постоянный эстрогенный фон, обеспечивающий формирование по женскому типу вторичных половых признаков, психики и сексуального поведения. От менархе до менопаузы наряду с основной эстрогенной секрецией происходят ритмичные ежемесячные всплески эстрогенной насыщенности, совпадающие с разрывом зрелого фолликула и выходом способной к оплодотворению яйцеклетки.

После разрыва фолликула его оболочка превращается во временную железу внутренней секреции — желтое тело (существующее до тех пор, пока есть надежда на оплодотворение); желтое тело секретирует прогестерон, подготавливающий матку к имплантации оплодотворенного яйца.

В случае наступления беременности яичники в течение 2—3 мес выполняют еще одну функцию — гестативную (направленную на развитие этой беременности), передавая затем эту функцию плаценте.

Яйцеводы (маточные, фаллопиевы трубы) (tubae uterinae, s. Fallopiae, s. salpinges, s. oviducti) — парные трубчатые образования длиной 10—12 см, начинаются в верхних углах матки

и тянутся по верхнему краю широкой связки, заканчиваясь воронкообразным расширением. В трубе различают: 1) узкий интерстициальный отдел (в толще маточной стенки) с отверстием не больше 1 мм, открывающимся в полость матки; 2) истмический отдел или перешеек длиной 4 см с диаметром 4 мм; 3) расширяющийся ампулярный отдел длиной до 8 см, шириной 0,5—1,5 см; 4) воронка трубы, поперечник которой достигает 2 см, с отверстием диаметром 2 мм. Края воронки заканчиваются бахромками (fimbriae tubae), как бы охватывающими яичник. В толще фимбрий много вен, наполнение которых создает известное напряжение. Мышечный слой содержит три слоя гладкой мускулатуры (внутренний и наружный продольные и срединный круговой). Внутренняя поверхность трубы покрыта слизистой оболочкой, образующей многочисленные продольные древовидные складки, количество, высота и толщина которых увеличиваются от истмической части к ампулярной. Слизистая оболочка трубы покрыта однослойным цилиндрическим мерцательным эпителием, реснички которого мерцают в направлении от брюшного устья к маточному.

В детстве трубы сильно извиты. При инфантилизме извилистость труб остается на всю жизнь, отмечается прерывистость мерцания. В менопаузе стенки трубы истончаются (атрофия мускулатуры), тонус резко снижается, сокращения отсутствуют, складки сглаживаются, иногда зарастает просвет трубы.

Функции яйцеводов: 1) проведение яйцеклетки в полость матки (передвижение яйца осуществляется преимущественно перистальтическим сокращением мышц трубы, реснички играют только подсобную роль); 2) в ампуле трубы, являющейся ее самой длинной частью, происходят оплодотворение и первые фазы развития оплодотворенного яйца (от зиготы до эпибластулы).

Матка (uterus) — мышечный полый орган грушевидной формы, сдавленный в передне-заднем направлении. Масса колеблется от 30 до 100 г. В матке различают тело, шейку и перешеек. Из общей длины матки $^2/_3$ приходится на тело и $^1/_3$ на шейку. У девочек, не достигших половой зрелости, соотношение обратное. При инфантилизме сохраняется длинная коническая шейка при коротком теле. Инфантильную матку следует отличать от гипопластической, меньшей по размерам, но сохраняющей нормальные соотношения между телом и шейкой. В норме при вертикальном положении женщины матка находится в anteversio: влагалищная часть обращена вниз и кзади, тело отклонено кпереди и кверху. Тело матки образует с шейкой тупой угол, открытый кпереди (нормальная anteflexio). Полость матки имеет треугольную форму, сообщающуюся в углах матки с маточными отверстиями яйцеводов и через шеечный канал — с влагалищем. В дистальном отделе шейки имеется отверстие — наружный маточный зев. У не-

рожавших зев имеет овальную форму, у рожавших — форму щели. Между шейкой и телом матки находится перешеек (isthmus), соответствующий внутреннему зеву матки. Это самое узкое место полости матки. Слизистая оболочка полости матки (endometrium) гладкая, интимно спаянная с мышечным слоем, покрытая однослойным цилиндрическим эпителием. В слизистой оболочке матки, постоянно меняющейся в связи с менструальным циклом, различают функциональный, отторгающийся во время менструации слой и базальный, представляющий исходный материал для регенерации функционального слоя. Железы эндометрия выделяют небольшое количество водянистого щелочного секрета, увлажняющего полость матки. В шеечном канале эпителий слизистой состоит из высоких цилиндрических клеток. Ветвящиеся железы выделяют щелочной секрет в виде тягучей стекловидной слизи, образующей слизистую пробку.

Мышечный слой (myometrium) состоит из трех слоев гладких мышечных волокон с большим количеством сосудов. Слои мышц интимно сплетены, мышечные волокна идут в различном направлении, и при сокращении матка становится твердой, так как все слои сокращаются как единая мышца. Во время беременности миометрий подвергается гиперплазии и гипертрофии, в результате чего масса матки увеличивается до 1 кг.

Основная функция матки — служить вместилищем для развивающегося плода. Наряду с этим матке приписывается и гормонально-секреторная функция, связанная с менструальным циклом. Выдвинута гипотеза [455], что эндометриальная секреция действует физиологически как гормон, регулирующий деятельность яичников. После удаления матки при сохраненных яичниках могут наблюдаться «явления выпадения», как при кастрации.

Влагалище (vagina, s. colpos) представляет сплющенную мышечно-эластическую трубку, соединяющую внутренние и наружные половые органы. Длина влагалища 7—10 см, передняя стенка на 1,5—2 см короче задней. В среднем ширина влагалища 2—3 см. Ввиду большой растяжимости стенок влагалища длина и ширина его является величиной непостоянной. Сверху во влагалище вдается влагалищная часть шейки матки. Вокруг шейки образуется кольцеобразное углубление — своды влагалища: два боковых, передний и самый глубокий — задний. Область сводов — самая широкая часть влагалища. В растянутом состоянии просвет влагалища представляет форму конуса, основанием обращенного вверх, а верхушкой—вниз. Верхние $^2/_3$ отличаются большой подвижностью. Нижняя треть влагалища, проходящая через тазовую и мочеполовую диафрагму, менее подвижна, более богата кровеносными сосудами. Передняя и задняя поверхности влагалища соприкасаются между собой, а стенки сводов — с шейкой матки, не оставляя обособ-

ленной полости. Просвет влагалища в поперечном сечении имеет вид фронтальной щели, напоминающей букву «Н». На дистальном конце влагалища находится вход (introitus vaginae), закрытый девственной плевой или ее остатками. У нерожавших, особенно у девственниц, вход во влагалище представляет упругое эластическое кольцо, состоящее из фиброзной соединительной ткани, с большим содержанием эластических волокон и m. constrictor cunni (s. m. bulbo-cavernosus, s. m. sphincter vaginae). Спереди от влагалища расположены мочевой пузырь и уретра, сзади — прямая кишка.

Стенки влагалища состоят из трех слоев:

1. Слизистая оболочка, на передней и задней поверхности которой выступают поперечные складки (rugae), образующие два продольных валика (columnae rugarum); передний валик выражен сильнее заднего и у девственниц бывает хрящевидной плотности. Во время родов складки слизистой сильно растягиваются и после родов полностью не восстанавливаются. Стенки у многорожавших женщин гладкие. К старости складки сглаживаются даже у девственниц. В преклимактерии на границе между внутренней третью влагалища и двумя наружными третями наблюдается стеноз, усиливающийся после менопаузы. Слизистая оболочка влагалища покрыта многослойным плоским эпителием, имеющим склонность к ороговению, и вовсе не имеет слизистых желез. Увлажнение влагалища происходит за счет транссудации капилляров слизистой и отделяемого маточных и шеечных желез. Эпителий влагалища вырабатывает гликоген (в 10 раз больше, чем эпителий кожи). Под влиянием диастатического фермента гликоген расщепляется на мальтозу и затем переходит в глюкозу. Последняя под влиянием влагалищных бацилл Дедерлейна расщепляется до молочной кислоты, что и обусловливает кислую реакцию вагалищного содержимого. Слизистая оболочка влагалища подвергается циклическим изменениям, на чем основан цитологический метод исследования мазка. В течение цикла меняется и кислотность влагалища: наибольшая кислотность в предменструальный период, наименьшая — в середине межменструального промежутка. Во время менструации реакция щелочная. Щелочная реакция влагалища бывает постоянной у девочек, иногда при инфантилизме, и у очень старых женщин.

2. Кнаружи от слизистой оболочки лежит мышечная оболочка влагалища, состоящая из трех слоев гладких мышечных волокон (внутренние и наружные продольные и средние циркулярные). Отдельные мышечные волокна циркулярного слоя вплетаются в оба продольных слоя, и пучки последних в свою очередь заходят в средний круговой слой. Получается переплет волокон, напоминающий строение корзинки. Такое строение обеспечивает влагалищу возможность легко приспосабливаться к тем требованиям, которые ему предъявляются во время

родов и полового акта (механическое напряжение, растяжение, расширение). Сверху мышечная оболочка переходит в мускулатуру шейки. В нижнем отделе к этим элементам присоединяются поперечно-полосатые мышцы, а непосредственно вокруг входа во влагалище они образуют сфинктер. Эта мышца (m. constrictor cunni) до некоторой степени подчинена воле. Она охватывает луковицу преддверия и еще более суживает самую узкую часть влагалища — вход. M. levator ani тоже охватывает ее с обеих сторон и сзади, так что действие этих мышц не только суживает просвет влагалища, но и придавливает его кпереди, что было доказано Budin (1879) на восковых цилиндрах. Эти мышцы способны судорожно сокращаться при вагинизме.

3. Наружный слой — соединительнотканная оболочка влагалища — непосредственно переходит в соединительнотканные прослойки, отделяющие влагалище от соседних органов. Эта ткань богато снабжена эластичными волокнами и нервами.

Функции влагалища: 1) вместе с вульвой влагалище в основном является копулятивным органом женщины; семенная жидкость во время эякуляции изливается в задний свод, откуда попадает в матку; 2) принимает участие в родовом процессе; 3) является выделительным органом (выделяется менструальная кровь, секрет шеечных и маточных желез; 4) барьерная функция: кислая реакция содержимого влагалища служит препятствием для проникновения болезнетворных микробов.

Наружные половые органы

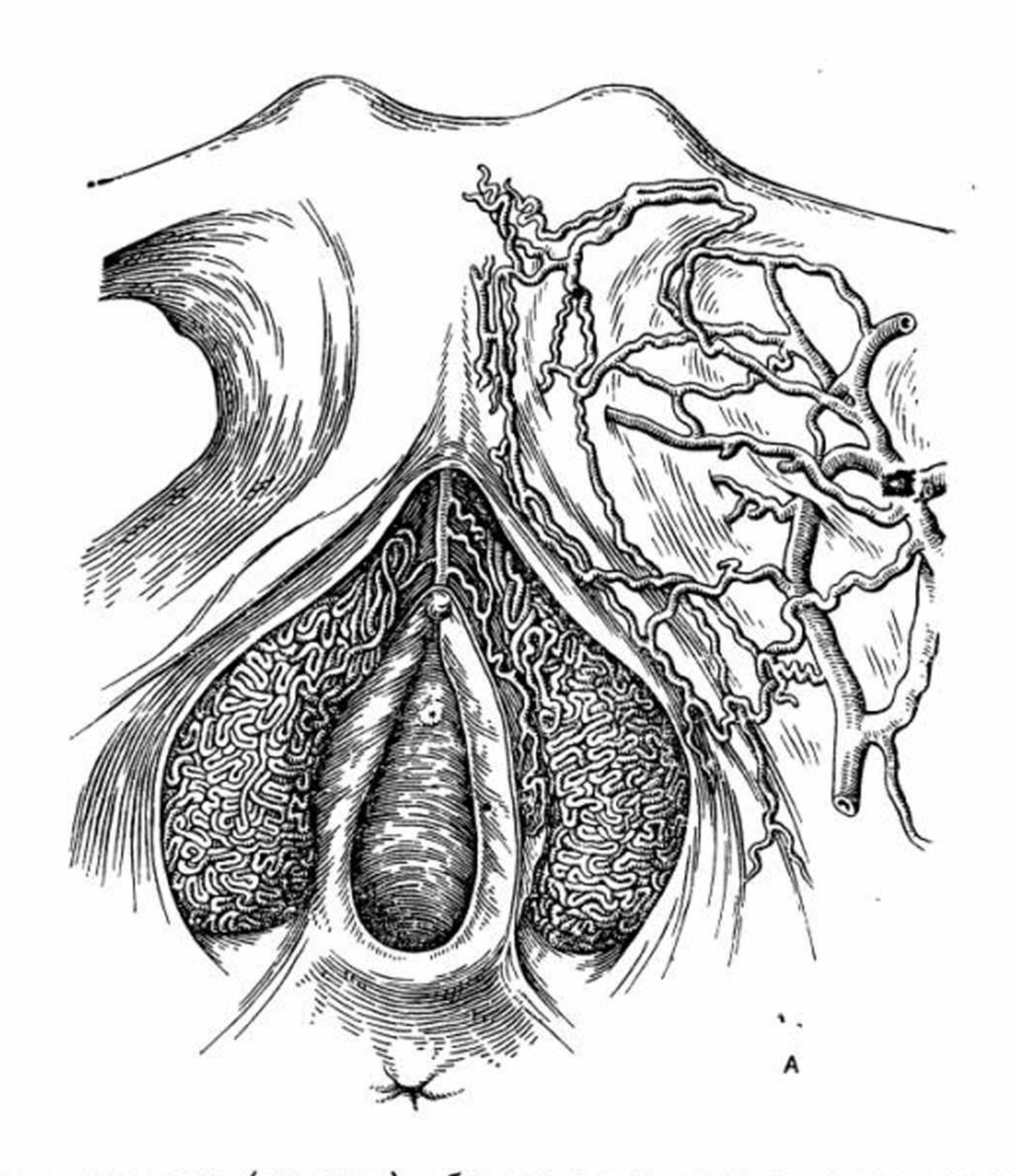
Границей между внутренними и наружными гениталиями является *девственная плева* (hymen) — соединительнотканная перепонка, покрытая с обеих сторон плоским многослойным эпителием, закрывающая у девственниц вход во влагалище. Девственная плева — единственный орган, не изменяющий своих размеров с момента рождения.

Различают два основных типа девственной плевы, которые в свою очередь включают ряд вариантов. К первому относится плева кольцевидной (h. annularis), полулунной (h. semilunaris), воронкообразной (h. infundibularis) и губовидной (h. labialis) формы. Второй тип характеризуется неровными краями отверстия; к этому типу относятся лепестковая (h. fimbrialis) и зубчатая девственная плева (h. denticularis). Иногда девственная плева имеет два или больше отверстий (h. cribrosus) или же вообще не имеет отверстия (h. imperforatus). Девственная плева богата нервами, чем объясняется ее большая чувствительность. При первом половом сношении гимен разрывается (дефлорация) обычно сзади справа и слева от средней линии. В зависимости от эластичности девственной плевы могут

быть глубокие разрывы, сопровождающиеся обильным кровотечением, или поверхностные, с незначительными кровянистыми выделениями; в редких случаях податливая девственная плева остается неразрушенной не только после первого полового сношения, но и после повторных сношений; иногда она оказывается растяжимой настолько, что не разрывается даже при родах. После дефлорации остаются так называемые гименальные сосочки (carunculae hymenales), после родов — миртовидные сосочки.

Преддверием влагалища (vestibulum vaginae) называют площадку, отграниченную сверху девственной плевой, с боков — малыми половыми губами, спереди — клитором и сзади — задней спайкой половых губ. Поверхность преддверия влагалища, покрытая плоским эпителием, всегда бывает влажной за счет секрета малых желез преддверия, разбросанных по всей поверхности, и больших желез преддверия (бартолиновых желез), находящихся в задней трети преддверия в толще больших половых губ и открывающихся в бороздке между малыми половыми губами и девственной плевой, на границе между задней и средней третью преддверия. На середине расстояния между клитором и входом во влагалище (1—3 см от клитора) открывается наружное отверстие уретры. Уретра, совпадающая с клитором, чаще всего является следствием раннего андрогенного действия в период внутриутробного развития при врожденном адреногенитальном синдроме.

Клитор (clitoris), или *похотник* (лат. clitorido — щекочу), анатомически и функционально является рудиментарным гомологом мужского полового члена. В период полового созревания клитор увеличивается под действием андрогенных гормонов и достигает максимального развития после 25-летнего возраста. Размеры клитора варьируют от величины спичечной головки до карандаша или даже большого пальца в зависимости от андрогенной насыщенности. Располагается он между ножками малых губ так, что видна только головка, выступающая в виде бугорка. Клитор состоит из двух пещеристых тел (corpora cavernosa clitoridis), которые в виде ножек клитора длиной 4 см и шириной 1 см начинаются на нисходящих ветвях лонных костей, сходятся под лонным сочленением и образуют тело клитора (corpus clitoridis), имеющее изогнутую цилиндрическую форму и заканчивающееся снаружи головкой (glans clitoridis). Ножки покрыты седалищно-пещеристой мышцей (m. ischiocavernosus). Головка клитора сверху и с боков покрыта кожистой складкой — крайней плотью (praeputium clitoridis), образованной латеральными ножками малых половых губ. Снизу под клитором расположена его уздечка (frenulum clitoridis), образованная медиальными ножками. Снаружи клитор покрыт нежной кожицей, являющейся продолжением покрова малых половых губ и богатой сальными железами,

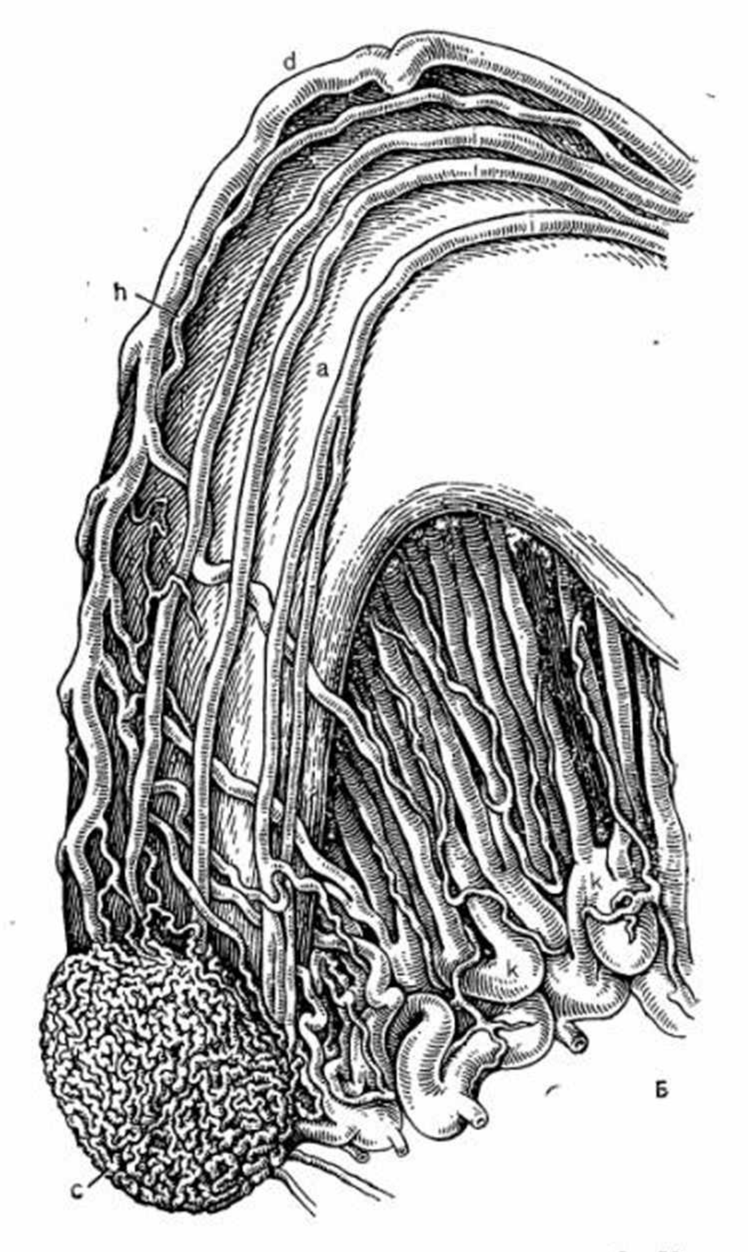


секрет которых (smegma) обычно скапливается вокруг клитора и в бороздке между большими и малыми половыми губами. Ствол (тело) клитора окружен со всех сторон плотной соединительной белочной оболочкой (tunica albuginea), отростки которой проникают в тело клитора, чем и обусловливается его пещеристое строение. Клитор, как и головка полового члена, снабжен нервами и нервными окончаниями (тельца Пачини, Мейснера, Краузе, Догеля).

Луковицы преддверия (bulbi vestibuli) представляют два толстых булавовидных венозных сплетения, расположенных по бокам входа во влагалище (рис. 26). Длина их 3,5 см, ширина 1,5 см, толщина 1 см. Начинаются они от клитора и заканчиваются у задней спайки входа во влагалище. По существу луковицы преддверия представляют единое целое, так как имеют общую часть (pars intermedia) — венозное сплетение, расположенное под нижней, вогнутой частью клитора, обусловливающее связь между пещеристыми телами клитора, его головкой, луковицами преддверия и малыми половыми губами. Сзади луковицы булавовидно утолщаются, прикрывая бартоли-

Рис. 26. Венозные сплетения наружных половых органов женщины (А); сосуды и нервы клитора (Б) [342].

a — corpus clitoridis; c — glans clitoridis; d — vena dorsalis clitoridis; h — arteria dors. clitoridis; i — nervi dorsales; k — pars intermedia.



новы железы. Выпуклые стороны луковиц покрыты m. bulbocavernosus. По средней линии (внутри) луковицы прилежат к уретре. По своему строению и развитию луковицы преддверия являются гомологом непарного пещеристого тела мужского полового члена, расщепленного вдоль на две симметричные половины, но не являются типичной пещеристой тканью, отличаясь в этом отношении от пещеристого тела мочеиспускательного канала у мужчин.

Малые половые губы, нимфы (labia minora pudenda) — парные кожные складки, отграничивающие с боков преддверие влагалища. У большинства женщин малые губы сзади достигают только середины внутренней поверхности больших, т. е. входа во влагалище. В передней части каждая малая половая губа разделяется на две ножки — переднюю и заднюю. Передние, сливаясь между собой, образуют крайнюю плоть клитора, а задние — его уздечку. Передний, наиболее развитый уча-

сток малых половых губ выступает из половой щели и виден между большими половыми губами даже у девственниц.

У девочек малые половые губы отсутствуют вплоть до пубертатного периода. Их развитие в период полового созревания происходит под влиянием гипофизо-яичниковых гормонов и степень развития зависит от гипофизарного гормона роста. У взрослых женщин малые половые губы слабо пигментированы, в особенности у блондинок. После менопаузы малые половые губы уменьшаются в размерах и теряют пигментацию.

Величина малых половых губ подвержена значительным индивидуальным колебаниям. Неравномерное или чрезмерное их развитие не всегда является результатом длительной мастурбации, как считают некоторые авторы. Поверхность малых половых губ покрыта многослойным плоским эпителием, усеяна конусообразными сосудистыми сосочками, расположенными рядами, а сами малые половые губы содержат, как и головка клитора, эректильную пещеристую ткань (Klein, 1872) и при половом возбуждении увеличиваются в размерах.

Большие половые губы (labia majora pudenda) представляют две продольные параллельные складки кожи длиной 7—8 см, лежащие кнаружи от малых половых губ и ограничивающие половую щель (rima pudendi). У девочек они рудиментарны. В пубертатном периоде под действием эстрогенов большие половые губы начинают развиваться, подкожно появляются отложения жировой ткани, пигментируются кожные покровы. При половом инфантилизме они неразвиты. После кастрации и в менопаузе наступает гипотрофия, уменьшается жировой слой. Наружная поверхность больших половых губ покрыта кожей с волосами, сальными и потовыми железами. На внутренней поверхности кожа напоминает блестящим розовым цветом слизистую, содержит сальные и пóтовые железы.

В основании больших половых губ лежат бартолиновы железы и луковицы преддверия. Кзади большие половые губы становятся у́же и ниже сходят на нет, образуя заднюю спайку. Оттянув заднюю спайку, можно видеть небольшое углубление — ладьевидную ямку. Спереди большие половые губы без резкой границы переходят в кожу лобка, образуя переднюю спайку.

Лобок, лонный холмик, венерин бугорок (mons pubis, mons veneris) представляет покрытое волосами, богатое жиром образование. Волосяной покров лобка у женщины образует треугольник с вершиной, направленной вниз. Женский тип оволосения обусловливается яичниковыми и надпочечниковыми эстрогенами. После менопаузы и при кастрации волосы редеют, волнистость их исчезает. При повышении андрогенной насыщенности волосы распространяются по белой линии к пупку.

При синдромах массивного андрогенного насыщения волосяной покров распространяется по мужскому типу, имеет форму ромба, волосы растут густо, жесткие, закрученные.

Некоторые особенности васкуляризации гениталий

Сосудистая анатомия гениталий отличается спецификой, которая тесно связана с особенностями протекания полового акта и особенно четко выявляется у мужчин. В отличие от большинства других органов, одна v. dorsalis penis сопровождается двумя aa. dorsales penis. При отсутствии эрекции артерии полового члена имеют извитость, которая исчезает при наступлении эрекции.

В артериях полового члена имеются особые внутрисосудистые замыкательные приспособления, описанные Эбнером (V. Ebner, 1900). Эти так называемые эбнеровские валики, или подушечки (Wülste), представляют продольные пучки гладких мышечных волокон, расположенных между листками разделившейся интимы. Растягиваясь синхронно с круговыми мышечными пучками артерий, они принимают вид полулунных выступов, слегка выдающихся в просвет сосуда; при синергичном же сокращении как круговой, так и продольной мускулатуры просвет сосудов почти полностью перекрывается, оставляя для прохождения крови лишь узкий щелевидный просвет (рис. 27). Головинский [368], обнаруживший подобные образования в артериях и венах гениталий как мужчин, так и женщин, обратил внимание на преобладание этих образований в сосудах corpora cavernosa penis по сравнению с сосудами corpus cavernosum urethrae. Позже подобные замыкательные структуры описывались и изучались Роте (Rothe, 1947), Конти [333] и др. А. И. Тюков [248, 249], изучавший особенности сосудистой анатомии полового члена человека в возрастном аспекте, установил, что к моменту рождения дифференцировка пещеристых тел и сосудов полового члена еще не закончена — замыкательные подушечки Эбнера отсутствуют и в трабекулах пещеристых тел недостаточно развиты гладкомышечные элементы.

По данным А. И. Тюкова, основная гистологическая дифференцировка сосудистых образований полового члена происходит в первые семь лет жизни и полностью завершается к 14—18 годам.

Benda (1902), изучая v. dorsalis penis, обнаружил, что по ряду признаков она сближается со структурой и функциями артерий, в частности способна активно сокращать просвет и даже полностью перекрывать впадающие в нее венозные ветви. Несколько позже Eberth (1904) обнаружил те же свойства у v. profunda.

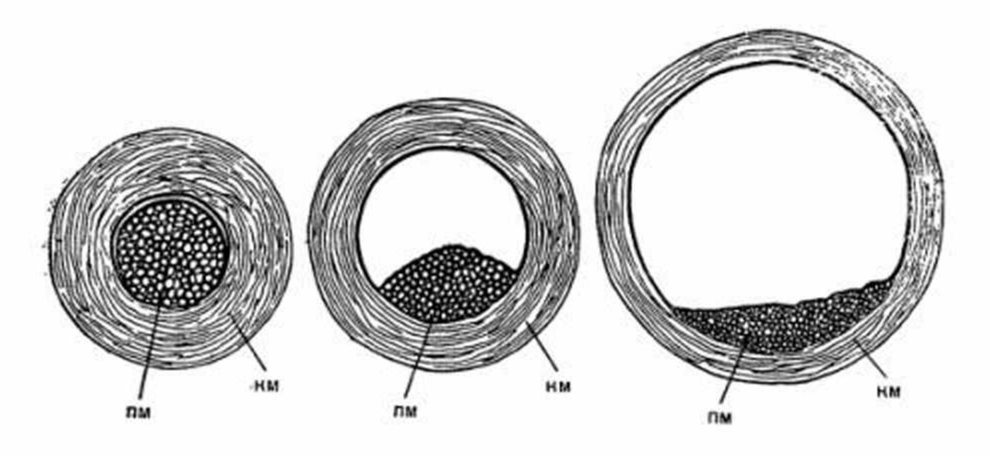


Рис. 27. Схема артерии полового члена с «подушечкой» Эбнера при различных степенях сокращения [508].

пм — продольная мускулатура; км — круговая мускулатура. Слева — состояние предельной детумесценции (например, под влиянием холода); справа — состояние полной эрекции.

Упомянутые структурные особенности создают благоприятные возможности для быстрого изменения васкуляризации гениталий. В отличие от других органов регулировка кровотока в гениталиях, во-первых, активна как на приносящем, так и на отводящем участках; во-вторых, отличается крайней широтой (от форсированного притока по парным артериям до почти полного закрытия просвета сосудов, обеспечиваемого валиками Эбнера); наконец, в-третьих, совершается в очень короткие отрезки времени.

Определенная специфика свойственна также анатомическому строению и функциональному назначению венозного сплетения малого таза. Г. З. Инасаридзе [110], изучавший его с онтофилогенетических позиций, показал, что оно является генетически и анатомически единым венозным образованием, берущим начало от первичной клоачной венозной сети. Доказав генетическое, анатомическое и функциональное единство этого сплетения, Г. З. Инасаридзе обозначил его как мочеполовое венозное сплетение (plexus venosus urogenitalis). Н. В. Куренной [140], показав особенности гистологической структуры вен мочеполового венозного сплетения и своеобразие топографического распределения этих особенностей, представил новое подтверждение большей, по сравнению с другими органами, физиологической активности вен урогенитальной области в регулировке кровенаполнения обеспечиваемого ими бассейна, а также высказал предположение об особой роли мочеполового венозного сплетения как резервуара для депонирования венозной крови с целью поддержания эрекции полового члена. Эта гипотеза подтверждается исследованиями В. В. Куприянова, показавшего, что «распределительная функция в органном кровообращении принадлежит пограничным отделам артериального и венозного русла» и что чем обильнее снабжается орган кровью, тем более

развиты прилежащие сосудистые сети, которые должны рассматриваться как «запасное кровеносное русло для самого органа» [138].

Общая характеристика иннервации половой сферы. Современное понимание термина «нервный центр»

При формальном подходе к проблеме иннервации половой сферы можно, например, констатировать, что центростремительная дуга эрекционного рефлекса начинается от эрогенной зоны на головке полового члена и проходит в n. dorsalis penis (ветви n. pudendi), что эрекционный центр расположен в крестцовых сегментах спинного мозга (в отличие от эякуляторного, локализующегося в поясничных) и что центробежное колено эрекционного рефлекса посредством nn. erigentes связано с гладкой мускулатурой, регулирующей просвет артерий кавернозных тел полового члена. Если же к этой проблеме подойти операционально, т. е. с целью разобраться в функциональном взаимодействии различных анатомических образований нервной системы, обеспечивающих всю последовательность физиологических проявлений полового акта, то на этом пути сексолог очень скоро встретит огромные трудности. Так, выдающийся американский сексолог Дикинсон, обратившись к классическим работам Hasse (1895) и Waldeyer (1889), составил карту чувствительной иннервации урогенитальных образований женщины (рис. 28). На другой карте (рис. 29), отражающей те же отношения во фронтальной проекции, рядом с обозначением ареалов распределения периферических нервов показаны соотношения магистральных нервных стволов и их ветвлений. По-видимому, составленные Дикинсоном карты представляют предел возможностей функциональной анатомии сексуальной сферы при акценте на анатомическом компоненте, ибо попытка Kocher (1896) составить карту, отражающую связь периферических образований мужского таза с соответствующими сегментами спинного мозга, по существу демонстрирует только тщетность подобных попыток, обусловленную даже не запутанностью перераспределений нервных волокон в сплетениях и не соучастием соматической, симпатической и парасимпатической систем, а принципиальной сложностью отношений иного, не анатомического, а физиологического, плана.

Приведенное выше описание спинального центра эрекции и связанных с ним афферентной и эфферентной дуг дает крайне одностороннее и потому искаженное представление об истинной иннервации эрекции. Как известно, эрекция в большинстве случаев возникает под влиянием импульсов, формирующихся на церебральном уровне, в результате дистантных воздействий

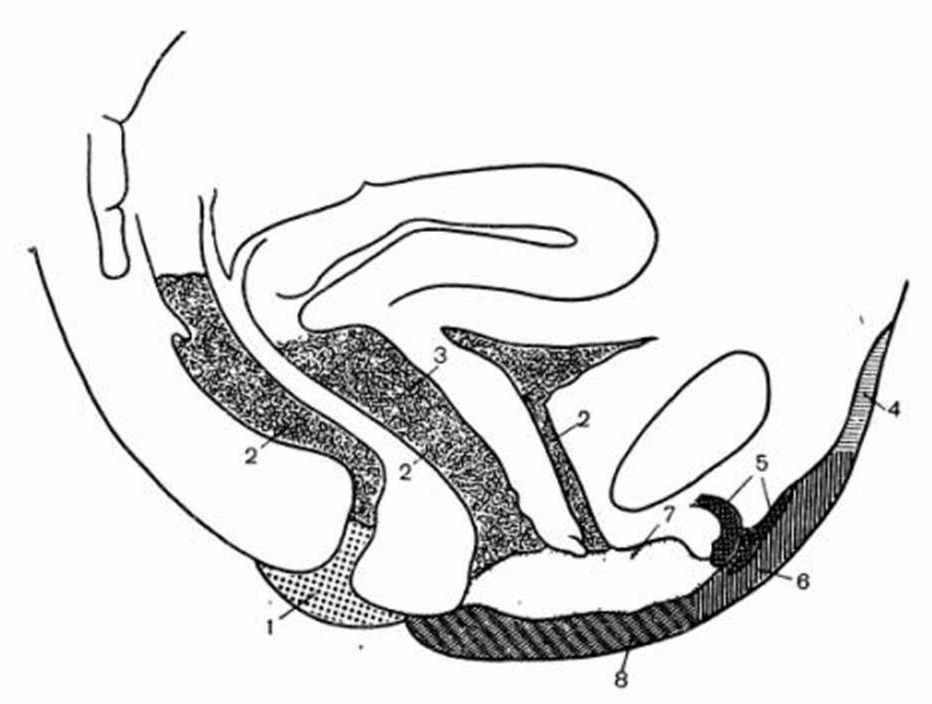


Рис. 28. Схема чувствительной иннервации половой сферы женщины [342].

1 — ramus haemorrhoidalis inferior nervi pudendi communis; 2 — nervus haemorrhoidalis medialis; 3 — nervus vaginalis; 4 — nervus ilio-inguinalis, nervus ilio-hypogastricus; 5 — nervus dorsalis clitoridis; 6 — ramus labialis anterior nervi spermatici externi; 7 — nervus vestibulus vaginae et urethrae (nervus labialis posterior); 8 — ramus perineus nervi pudendi communis.

(зрительных, обонятельных и слуховых), а подчас только посредством образов памяти, и эти воздействия способны вызвать эрекцию даже при полном отключении афферентной дуги спинального рефлекса (так же как в других случаях полный поперечный перерыв спинного мозга в грудном отделе не препятствует возникновению эрекции, провоцируемой с соответствующих сегментарных зон [125]). Более того, Мюллер [465] наблюдал эрекции у 2 больных с утратой всех видов чувствительности на половых органах, обусловленной полным разрушением крестцового отдела спинного мозга. Он же, разрушив в эксперименте нижние сегменты спинного мозга у собак-самцов, вызывал у них затем эрекцию в присутствии находящихся в течке самок. Аналогичный феномен получен Гольтцем [369]. Представленное Мюллером объяснение этих фактов может быть принято лишь для части случаев; оно сводится к тому, что эрекционный центр локализуется вне спинного мозга и что эрекция, как и другие вазомоторные реакции, регулируется экстраспинально, от симпатического ствола (рис. 30). Поставленное ограничение в свою очередь выходит за рамки физиологические и определяется более широкими соображениями плана методологического.

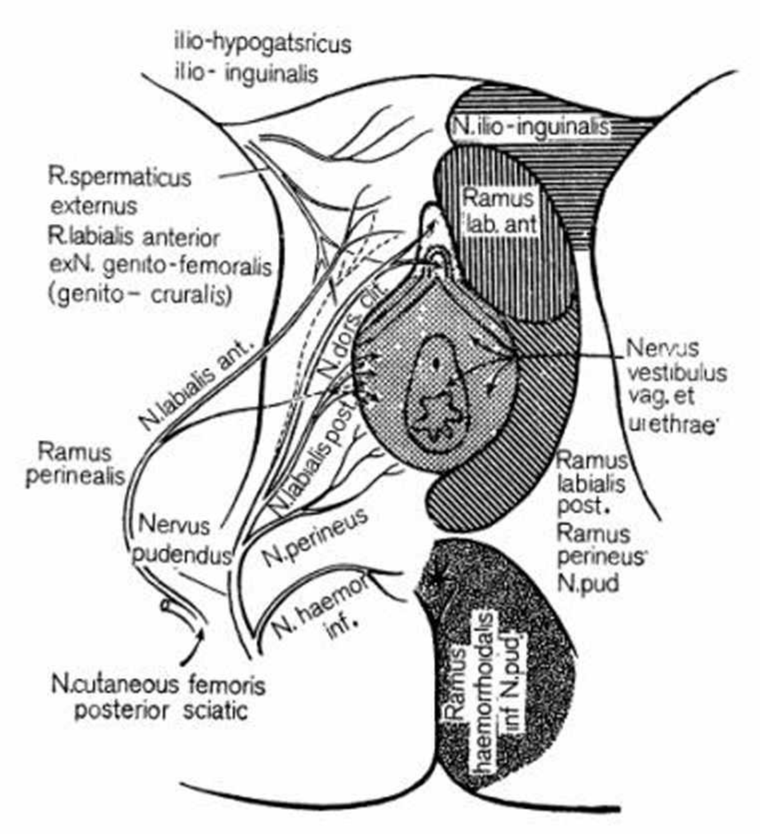


Рис. 29. Фронтальная схема распределения чувствительных нервов промежности женщины (справа) и схема ветвления магистральных нервных стволов (слева) [342].

Таким образом, анализ сложных отношений, свойственных половой сфере, показывает, что даже представленное на картах Дикинсона (см. рис. 28, 29) распределение периферической иннервации при бесспорной его специфичности, будучи включено в функциональный контекст, перекрывается явлениями более высокого порядка, что, в частности, отражается в наблюдениях над индивидуальными особенностями эрогенных зон [449, 450, 105, 213, 71]. При взаимодействии центра и периферии оба эти полюса оказывают друг на друга влияние, порождающее подчас весьма своеобразные отношения. Так, Мастерс и Джонсон наблюдали нескольких женщин, у которых изолированное тактильное раздражение сосочков молочных желез (являвшихся у них ведущей эрогенной зоной) без каких бы то ни было генитальных воздействий вызывало наступление оргазма раньше, чем половой акт, проводимый без раздражения ареол сосков. Нами наблюдалась женщина, у которой, вне зависимости от длительности фрикций, оргазм не наступал до тех пор, пока мужчина не вводил ей палец в анальное отверстие.

Приведенные факты делают неприменимым в клинической сексопатологии традиционное представление о нервном центре как об анатомически узко локализованном скоплении ганглиозных элементов, которое характеризуется абсолютной стабиль-

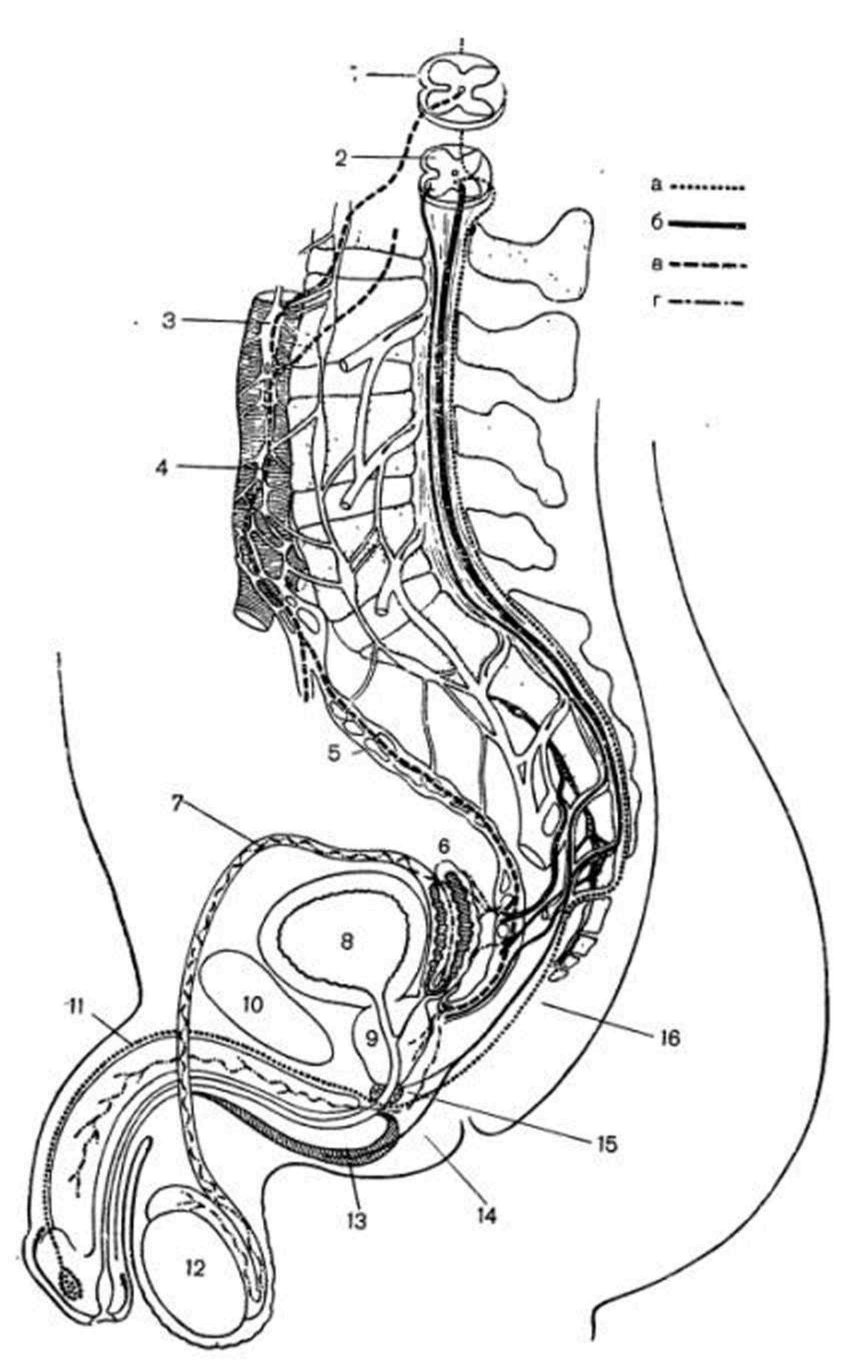


Рис. 30. Схема иннервации мужских половых органов [342].

а — чувствительные нервы; б — двигательные нервы; в — симпатические преганглионарные нервные волокна; г — постганглионарные нервные волокна. 1 — поперечное сечение спинного мозга в верхне-поясничном отделе; 2 — поперечное сечение нижне-крестцового отдела спинного мозга; 3 — нижний брыжеечный узел; 4 — аортальное сплетение (сплетение брюшной аорты); 5 — подчревное сплетение; 6 — семенные пузырьки; 7 — сплетение семявыводящего протока; 8 — мочевой пузырь; 9 — простата; 10 — симфиз; 11 — N. dorsalis penis; 12 — яичко; 13 — m. bulbo-cavernosus; 14 — n. peronaeus; 15 — сфинктер уретры; 16 — n. pudendus communis.

ностью пространственных и функциональных параметров. Поэтому излагаемая здесь сексологическая концепция базируется не на анатомо-локализационистских постулатах, а на тех динамических представлениях о взаимодействии центра и периферии, которые разработаны школой П. К. Анохина, начиная с

его публикации 1935 г. [6]: «Говоря о „центрах", в первую очередь подразумевают те нервные образования, которые являются в полном смысле этого слова мозговыми концами различных периферических нервных стволов. Эти нервные стволы являются непосредственной связью любого периферического органа, воспринимающего или эффекторного, с ганглиозными элементами, которые могут лежать в различных отделах центральной нервной системы. ...Но описанные центры, являясь входными и выходными воротами для разнообразных циркулирующих по центральной нервной системе импульсов, связаны между собой через целый ряд промежуточных нервных образований, в которых циркуляция нервного импульса, благодаря их многосторонним связям, представляется особенно комплексной. Эти промежуточные нервные образования, к которым относятся преимущественно подкорковые образования и кора, с точки зрения теории центров усложняют течение нервного процесса и нервные проявления организма только благодаря своему суммарному функционированию». При традиционном подходе свойства отдельных центров считаются строго анатомически фиксированными, и те ассоциационные волокна, которые осуществляют соединение между ними, в значительной степени отражают ту же специфичность: «Функциональная специфичность определенных нервных образований есть изначальное их свойство и ни при каких условиях не изменяется. Вот те основные положения, которых обязательно придерживается, сознательно или бессознательно, каждый клиницист и нейрофизиолог, стоящий на строго локализационной точке зрения» [6, стр. 65—66]. Понятие «центр» получило новое, функциональное определение в трудах П. К. Анохина и его сотрудников и в работах А. Б. Когана [123, 124] и других современных исследователей. По определению А. Б. Когана: «Нервный центр — это многоуровневая структура. В ее основании лежат наиболее простые, элементарные объединения нейронов, из которых строятся объединения второго порядка, которые в свою очередь объединяются в структуры третьего порядка и т. д.» [123]. П. Г. Костюк подчеркивает два основных принципиальных новоприобретения, возникающих в результате интегрирования такого рода клеточных ансамблей: 1) объединение индивидуальных нейронов в системы, обладающие новыми свойствами, отсутствующими у входящих в их состав единиц предыдущего порядка; 2) то, что активность каждого составного элемента определяется не только влияниями, поступающими по непосредственным афферентным входам каждого элемента, но и состоянием других элементов системы [133].

Тот же примат функционально-динамических отношений между гибко приспосабливающимися к меняющимся требованиям клеточными объединениями над принципом абсолютно предопределенного диктата локализационной структурности форму-

лируется и школой Н. П. Бехтеревой: «Исследования взаимодействия групп нейронов внутри одной нейронной популяции в первом приближении подтвердили представительность именно нейронного ансамбля, а не нейрона как звена системы обеспечения деятельности, и показали возможность развития различных отношений между нейронными ансамблями в процессе деятельности вплоть до противоположных состояний» [25].

Для сексопатолога, поскольку все виды рекреационных проявлений сексуальности суть поведенческие акты, в которых раскрываются высшие психические проявления личности, особую ценность в обсуждаемом круге закономерностей приобретает следующее суждение одного из создателей научной нейропсихологии А. Р. Лурия: «Современная психология подходит к высшим психическим процессам не как к изолированным „функциям" или более неразложимым „способностям", а как к сложным функциональным системам, которые достигают поставленной задачи целым комплексом способов или средств. Эти функциональные системы подвижны. Иначе говоря, система средств, с помощью которых может быть решена та или иная задача, может изменяться. Вначале работа функциональных систем носит развернутый характер (как это, например, имеет место у ребенка на ранних этапах обучения письму), затем она автоматизируется, свертывается» [156].

Физиология основных проявлений сексуальности мужчины

Эрекция

Эрекция (лат. erectio, от erigere — поднимать) — увеличение полового члена в объеме по сравнению с состоянием покоя (приблизительно в три раза) и приобретение им механической твердости, необходимой для введения во влагалище и обеспечивающей проведение полового акта.

Эрекция наряду с эякуляцией — один из самых характерных феноменов мужской сексуальности, который в силу приданной ему символичности положен в основу фаллического культа [493, 524]. Один из основных парадоксов эрекции — в чрезвычайной ее чувствительности ко всякого рода функциональным психотравмирующим воздействиям вопреки тому факту, что из всех основных проявлений мужской сексуальности именно эрекции отличаются наибольшей защищенностью от повреждающих факторов органической природы и наибольшей стабильностью (например, в онтогенезе эрекции выявляются задолго до либидо, эякуляции и оргазма).

Эрекция — рефлекторно-сосудистый акт; сосудистая природа ее была доказана более 200 лет назад голландским анатомом

и физиологом Ренье де Граафом [370]. Применив свою методику инъекции контрастной массой сосудов трупа, он доказал, что в основе эрекции лежит наполнение пещеристых тел полового члена кровью, а не скопление в них воздуха, как полагал Гален. Некоторые авторы, в частности Ultzmann (1883), отождествляли вазомоторный механизм эрекции с венозным застоем, полагая, что в основе эрекции лежит затруднение оттока крови по отводящим венам полового члена, сдавливаемым луковично-пещеристой (m. bulbo-cavernosus) и седалищно-пещеристыми (mm. ischio-cavernosi) мышцами; в то же время, благодаря сокращению mm. ischio-cavernosi, которые действуют наподобие рычага, сосудистый эффект усиливается чисто механическим приподниманием члена. Подобному допущению, однако, противоречили и длительность эрекции, и отсутствие неприятных ощущений, сопутствующих пассивному застою при накладывании жгута на конечность, и наблюдаемое при эрекции местное повышение температуры вместо понижения, отмечаемого при застое. Применив в эксперименте на собаках сфигмографию полового члена в сочетании с кимографической записью уровней внутрисосудистого давления на артериальном и венозном участках, Франсуа Франк доказал, что основной механизм эрекции составляет усиление артериального притока, а замедление оттока по венам играет лишь вспомогательную роль. Из анализируемых им кривых явствует, что давление возрастает сначала в артериях, и лишь после того — в венах [358]. И, наконец, Легро [433] перевязкой вен у корня полового члена показал, что затруднение венозного оттока может вызвать лишь некоторое набухание пещеристых тел, очень далекое от настоящей эрекции.

По описанию сосудистого механизма эрекции, оставленному Л. Я. Якобзоном [279]: «Кровь при эрекции действует не как сплошная масса жидкости, находящаяся под большим давлением, а распределена по многочисленным щелям пещеристых тел; причина этого заключается, по-видимому, в растягивающей и разрывающей силе, которая проявляется в оболочке всякого пузыря вследствие существующего внутри него давления... Этим обстоятельством можно, вероятно, объяснить то замечательное явление, что член может достигнуть твердости, наверное превышающей плотность аорты, хотя этой твердостью он обязан давлению крови, которое, однако, в аорте выше». И действительно, как доказал Левен [437], артериальное давление внутри пещеристых тел при эрекции достигает $^1/_3$—$^2/_3$ давления в сонной артерии. Описанные Л. Я. Якобзоном отношения наглядно иллюстрируются на рис. 31. При этом выявляется еще один парадокс механизма эрекции, который заключается в том, что предельная ригидность, придающая кавернозным телам на высоте эрекции деревянистую плотность, достигается снятием мышечного спазма (см. рис. 27).

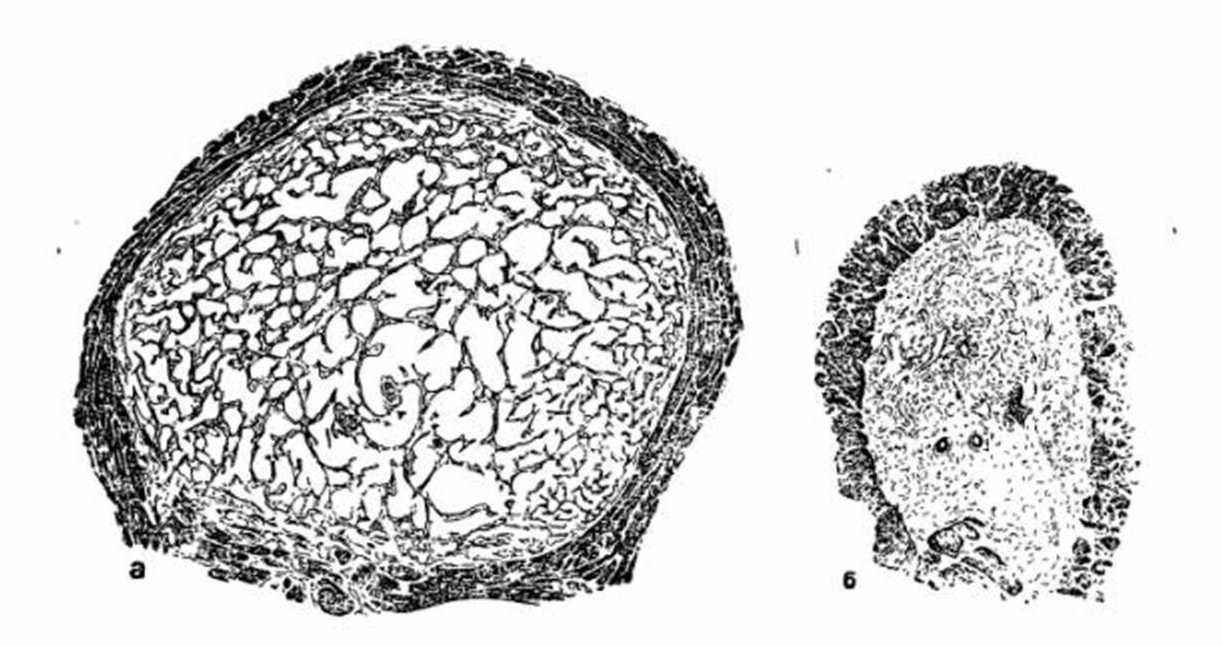


Рис. 31. Изменение объема пещеристых тел:

а — поперечный разрез через правое пещеристое тело полового члена, инъецированное фиксирующим раствором до состояния эрекции; б — аналогичный участок левого пещеристого тела в спавшемся состоянии. Та же степень увеличения [508].

В дополнение к сказанному необходимо упомянуть описанные Экснером [356] радиальные тяги, возникающие при эрекции, которые способствуют раскрытию как просвета уретры (рис. 32), так и a. profundae.

Ряд существенных различий в архитектонике пещеристых тел полового члена с одной стороны и пещеристого тела уретры — с другой (по относительному содержанию мышечных и эластических волокон, мощности белочной оболочки, расположению мышечных пучков и пещеристых лакун), заставили многих исследователей, в том числе Дикинсона [342] и А. И. Тюкова [248], провести разграничение между собственно пещеристыми телами полового члена (corpora cavernosa penis) и губчатым парауретральным телом уретры (corpus spongiosum urethrae).

Указанные различия проявляются в том, что кавернозное тело уретры, а следовательно, и головка полового члена (см. рис. 22) даже на высоте эрекции оказываются менее напряженными, что создает более благоприятные условия для прохождения семени через уретру и придает головке полового члена роль буфера, смягчающего травматизацию женских гениталий: «Эректильная ткань головки члена всегда остается мягкой и податливой, хотя и увеличивается при эрекции в объеме; отмеченная эластичность головки облегчает ее проникновение во влагалище и предупреждает возможность повреждений. Она также предохраняет заостренные и ригидные концы кавернозных тел пениса как от получения разрушений (при случайном

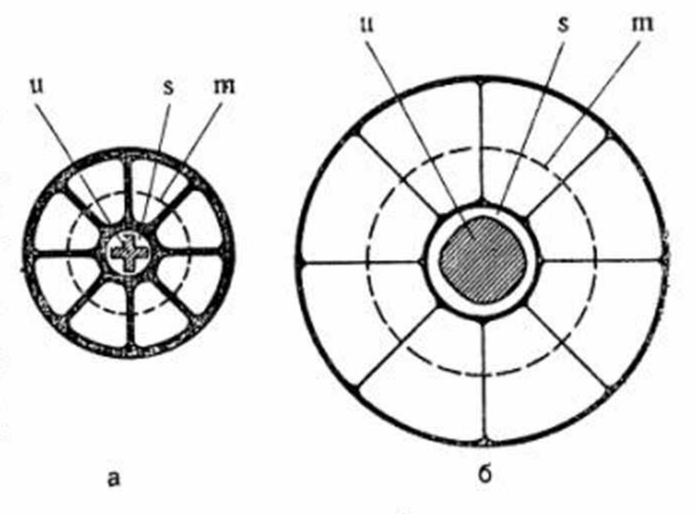


Рис. 32. Схема раскрытия просвета уретры под влиянием радиальных тяг, возникающих при заполнении кровью пещеристых пространств corpus cavernosum urethrae [356]:

а — corpus cavernosum urethrae в спавшемся состоянии; б — то же в состоянии эрекции. U — уретра; S — слизистая оболочка уретры; m — окружность, проходящая на середине толщины corpus cavernosum urethrae.

столкновении с твердыми телами), так и от причинения травм при их посредстве» [342].

Кан, представивший указанные отношения на схеме (рис. 33), назвал механизм эрекции триумфом биомеханики, превзойти который не может надеяться ни один инженер: мягкие ткани превращаются в отличающееся предельной твердостью тело; это состояние поддерживается в течение длительного времени, не вызывая тягостных ощущений; приток крови уравновешивается соответствующим оттоком (при увеличении кровотока через пещеристые тела в 6—8 раз); шесть железистых образований взаимодействуют, выдерживая строго отрегулированный ритм и последовательность, и при этом в середине созданной повышенным давлением структуры остается незатрудненный проход для семенной жидкости. По определению А. И. Тюкова, эрекцию можно рассматривать как периодически возникающую физиологическую регионарную гипертонию [249].

Как отмечает Л. Я. Якобзон, переполнение члена кровью при эрекции распространяется и на перепончатую часть уретры, семенной бугорок и шейку мочевого пузыря. При этом отмечено, что сильная эрекция делает мочеиспускание невозможным или крайне его затрудняет. Weber (1846) объяснял это набуханием семенного бугорка, который якобы заполняет весь просвет предстательной части уретры и, таким образом, замыкает ее. Однако, по справедливому замечанию Уокера [527], если бы это было так, то было бы непонятно, каким образом при полном закрытии мочеиспускательного канала в него проникают семя и секреты семенных пузырьков и предстательной железы. Далее Уокер показал [528], что семенной бугорок при налитии его сосудов не перекрывает просвет мочеиспускательного канала. В действительности, как это продемонстрировали рентгенологические исследования Цейсля и Хольцкнехта [536], мочеиспусканию при эрекции препятствует непроизвольное сокращение внутреннего сфинктера мочевого пузыря.

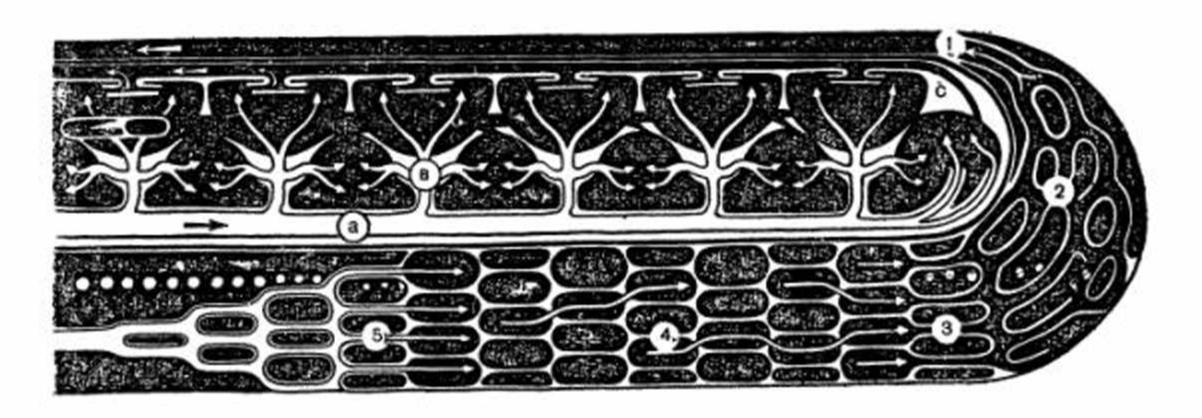


Рис. 33. Схема сосудистой архитектоники эрекции [409].

1—5 — сосудистый аппарат пещеристого (губчатого) тела уретры; a, b, c — сосудистый аппарат пещеристых тел полового члена.

Рефлекторная природа эрекции была доказана в 1839 г. Браше (Brachet), получившим периферическим раздражением члена у животного с перерезанным спинным мозгом как эрекцию, так и эякуляцию. Затем Экхард [349] вызвал в эксперименте у собаки эрекцию прямым раздражением nn. erigentes, а также продемонстрировал утрату возможности получения эрекции тактильным раздражением полового члена после перерезки nn. erigentes. П. В. Никольский [469], подтвердив данные своих предшественников, отметил активное сокращение сосудов полового члена после перерезки nn. erigentes и наступление эрекции в результате раздражения их дистальных отрезков (скорость вытекания капель крови из перерезанных кавернозных тел при этом увеличивалась). Франк [358] показал, что сосудодвигательные нервы полового члена берут начало не только от крестцовых корешков, как это было описано Экхардом, но и от веточек, идущих от plexus mesentericus inferior и n. pudendus internus; по его данным, сосудодвигательный иннерваторный аппарат полового члена происходит из крестцового и поясничного отделов и составляется нервами, которые большей частью заканчиваются в plexus hypogastricus. По накопившимся к этому времени экспериментальным наблюдениям, возбуждение n. erigentis communis вызывает расширение сосудов полового члена; возбуждение n. erigens posterior (от S_2) может вызвать тот же эффект; что же касается n. erigens anterior, то Экхард считал его вазодилататором, а Никольский — вазоконстриктором. Франк показал, что оба были правы, так как нерв содержит оба сорта волокон и, в зависимости от способа раздражения, может быть и сосудосжимателем, и сосудорасширителем.

Гольтц [369] сравнивал действие nn. erigentes на половой член с действием n. vagi на сердце: во время покоя, при отсутствии сексуального возбуждения, артерии полового члена находятся в состоянии среднего сокращения, поддерживаемого тонусом мелких нервных узлов, наличие которых доказал Ле-

вен [437]; в ситуациях, вызывающих сексуальное возбуждение, импульсы с церебральных уровней, воздействуя в конечном счете на парасимпатические nn. erigentes, приводят к тому, что тонически сокращенные артерии полового члена расширяются и обильная волна крови вливается в сосудистую сеть пещеристых тел, заполняя и растягивая последние. В ситуациях, неблагоприятных для половых проявлений, а также по окончании полового акта, нервные импульсы, напротив, поступают на симпатический конечный путь и через подчревное сплетение воздействуют на вазоконстрикторы полового члена, подавляющие эрекцию. Таким образом, периферические ганглии, расположенные в пограничном симпатическом стволе, нижнем брыжеечном, подчревном и других сплетениях, являются «центрами» сосудистого тонуса, уровень активности которых в различных ситуациях то повышается, то понижается, подобно тому как изменяется влияние блуждающего нерва на деятельность сердечных узлов. Основываясь на своих экспериментальных данных, Гольтц пришел к выводу, что головной мозг представляет высшую инстанцию, интегрирующую посредством межцентральных нервных путей все «низшие механически-рефлекторные центры», выполняющие лишь «черную работу» сближения.

Эякуляция

Эякуляция (лат. ejaculatio — выбрасывание, извержение), или семяизвержение—выделение эякулята (продуктов деятельности семенников и придаточных половых желез).

Эякуляция, как и эрекция, акт рефлекторный, но гораздо более сложный, ибо относительно однозначному сосудистому компоненту эрекции здесь соответствует ряд компонентов двигательной и выделительной природы, развертывающихся в определенной последовательности, способствующей смешиванию различных секретов, что является необходимым условием для обеспечения жизнеспособности и активности спермиев.

Лоде [435] и Экснер [356] установили, что у человека в серии эякуляций, следующих друг за другом с короткими перерывами, сперматозоиды исчезают в третьей или четвертой порции и вновь обнаруживаются в эякулятах, полученных после 2—3 суток полового покоя. Не удовлетворившись этими данными, поскольку получавшееся в экспериментах Лоде и Экснера опорожнение могло затрагивать лишь уровни семявыносящих протоков, а обнаруживавшиеся через трое суток сперматозоиды могли поступать в соответствующие отрезки половых путей не из семенников, а из придатков, Тутхилл и Янг [518], проследив в эксперименте на морских свинках за судьбой частиц туши, инъецированных в головку придатка, установили, что для продвижения спермиев из головки придатка в начальную часть семявыносящего протока требуется не менее 2—3 нед, и вы-

сказали предположение, что этому продвижению может способствовать активность ресничек выносящих канальцев. Наличие постоянного медленно протекающего продвижения сперматозоидов от головки к хвосту придатка, наблюдаемое даже при отсутствии копулятивной активности, способствует дозреванию спермиев [535].

Эякуляция как таковая начинается с активного мышечного сокращения семявыносящих протоков и разделяется на 2 фазы. Первая фаза — выведение семени, совершается непроизвольно под действием импульсов, следующих из сегментов Th_{12} — L_4 [496, 464, 481] по соединительным ветвям (rami communicantes) симпатического ствола и nn. hypogastrici, через нижний брыжеечный узел и подчревное сплетение [466, 496]; постганглионарные волокна распределяются по семявыносящим протокам на всем протяжении, начиная от придатков и включая ампулярную часть и частично семенные пузырьки, а также обеспечивают внутренний сфинктер мочевого пузыря [310] и констрикторы артерий полового члена [496]. Фаза выведения знаменует переключение на качественно новый вид двигательной активности — секрет яичек, скопившийся до этого в ductus deferentes, в результате пассивного и медленного проталкивания выделенных ранее порций яичкового секрета новыми, поступающими из придактов (под влиянием свойственной этим последним перистальтики), с началом первой фазы эякуляции в значительно возросшем темпе сокращениями мышечных стенок семявыводящих протоков активно перемещается в предстательную часть уретры. Поступление же эякулята в pars prostatica urethrae, действуя как стимулятор парасимпатической и соматической иннерваций, вызывает вторую фазу — фазу выбрасывания (изгнания, или извержения) уже не яичкового секрета, а эякулята. Вторая фаза эякуляции совершается еще более энергично, так как в ней к действию непроизвольных парасимпатических импульсов, следующих из сегментов S_2 — S_4, проходящих через nn. erigentes и через внутренние срамные нервы, а также через интрамуральные сплетения некоторых тазовых органов (в частности, через pl. prostaticus и pl. cavernosus penis [424]) и воздействующих на гладкую мускулатуру семенных пузырьков и предстательной железы, присоединяются мощные сокращения поперечно-полосатой мускулатуры, начинающиеся с m. constrictor urethrae, mm. bulbo- et ischio-cavernosi и вовлекающие всю как произвольную, так и непроизвольную мускулатуру тазового дна. По данным Кафемана [408], действие аппарата эякуляции у отдельных лиц, достигает такой силы, что семенная жидкость извергается на расстояние более метра.

Первые наблюдения сокращений семяновыносящих протоков принадлежат Kölliker (1851), который, производя гальванизацию их стенок на трупе, констатировал, что они «очень энергично укорачиваются и сокращаются». Важно подчеркнуть, что

движения эти, как подтвердили и последующие исследования [321, 316, 420, 84], не идентичны целенаправленной перистальтической волне, движущейся от одного конца трубки к другому. В частности, Бемингхаус, которому удалось заснять процесс эякуляции у морской свинки на кинопленку [316], показал, что содержимое ductus deferens перемещается в первой фазе эякуляции благодаря общему укорочению семявыносящего протока, после чего он снова растягивается благодаря расслаблению продольных мышц до первоначальной длины и его просвет снова заполняется ex vacuo. В качестве резервуаров для накопления спермиев рассматривают хвост придатка и ампулярную часть семявыносящего протока [171, 535, 186, 472, 316, 420, 84].

Данные Лоде [435] и Экснера [356] об эякуляторной способности и наличии спермиев при повторных эякуляциях подвержены чрезвычайно широким видовым различиям. Если макака способна к четырем эякуляциям в сутки на протяжении 3—4 дней [324], а павиан — к трем эякуляциям в течение 20 мин [315], то золотистый хомячок в течение часа может произвести до 50 эякуляций [327]. Маккензи и Берлинер, собрав в течение суток 20 эякулятов барана, нашли, что 19-й эякулят содержал более миллиона спермиев при общем объеме 0,66 мл по сравнению с 3,5 миллионами спермиев при объеме 0,7 мл в первом эякуляте [451]. Количество извергаемого при одной садке эякулята варьирует от 0,1—1,25 мл у козла до 150—500 мл у хряка [298].

Ван Дюзен, Слотер и Уайт [523], произведя в эксперименте на собаках двустороннюю пресакральную симпатэктомию, продемонстрировали утрату эякуляции при сохранной эрекции. Симанс и Лэнгуорси [496] на основании своих экспериментов на котах пришли к выводу, что активная фаза эрекции представляет феномен чисто парасимпатический, в то время как эякуляция сочетает и симпатические, и парасимпатические реакции (рис. 34).

Изучение иннерваторных механизмов семявыносящего протока, семенных пузырьков и простаты с акцентом на действие медиаторов проведено Шестрандом (1965). В частности, им осуществлено флюорометрическое исследование содержания катехоламинов в семявыносящих протоках и добавочных половых железах различных животных. Наряду с очень высоким содержанием норадреналина в исследованных анатомических образованиях автор обнаружил прямую корреляцию уровней норадреналина с количеством гладких мышц в этих органах: органы с высоким содержанием железистой ткани выявляют меньшую концентрацию норадреналина, чем органы с выраженным мышечным слоем [505].

Психосенсорный эквивалент первой фазы эякуляции описан Мастерсом и Джонсон [449]: в отличие от острого переживания оргазма, синхронного с энергичными мышечными спазмами по-

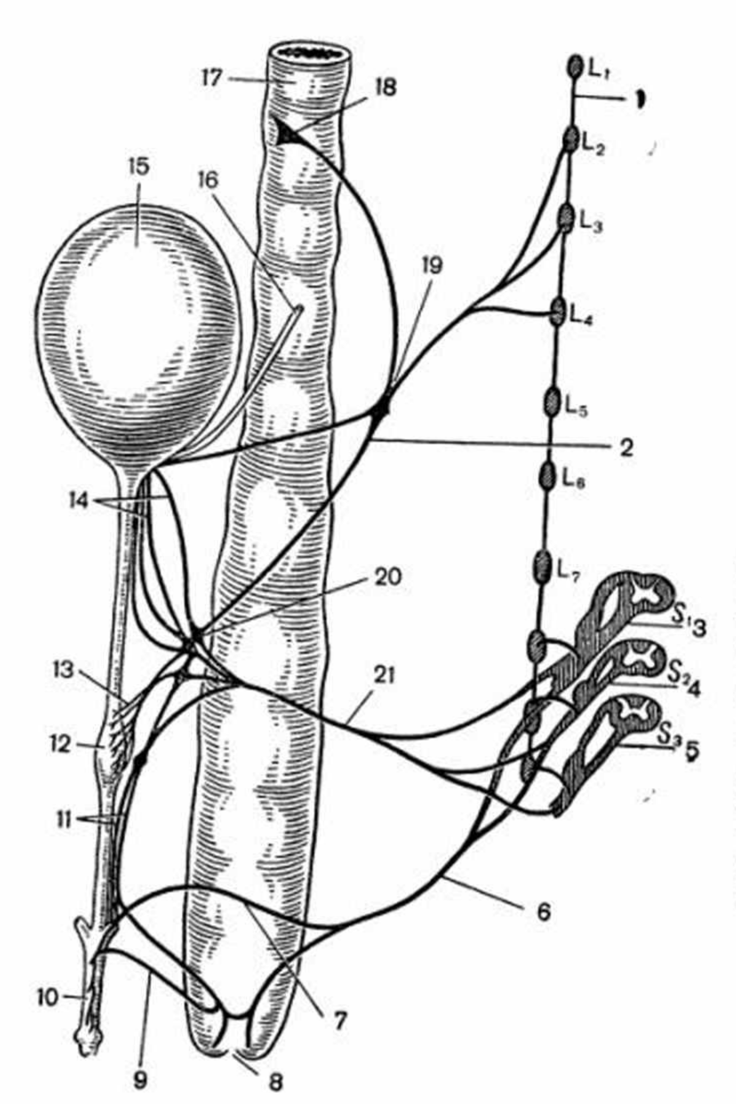


Рис. 34. Схема иннервации половых органов кота [496].

1 — симпатический ствол; ослабление эрекции; сокращение m. retractor penis; сжатие сосудов; эякуляция; 2 — n. hypogastricus; ослабление эрекции; сокращение m. retractor penis; и кровеносных сосудов; эякуляция; 3 — очень слабая эрекция; 4 — полная эрекция; эякуляция; мочеиспускание; 5 — мочеиспускание; частичная эрекция; 6 — n. pudendus int.; прекращение эрекции; сокращение m. retractor penis; эякуляция; 7 — n. dorsalis penis; 8 — anus; 9 — полная эрекция; 10 — penis; 11 — нижняя часть plexus hypogastricus; неполная эрекция; 12 — простата; 13 — средняя часть plexus hypogastricus; эякуляция; прекращение эрекции; 14 — верхняя часть plexus hypogastricus; сокращение мочевого пузыря; 15 — мочевой пузырь; 16 — ureter; 17 — rectum; 18 — gangl. coeliacum; 19 — нижний брыжеечный узел; 20 — подчревное сплетение; 21 — n. erigens.

перечно-полосатых мышц, извергающих эякулят и коррелирующих со второй фазой эякуляции, в первой фазе оргазма как такового еще нет, а возникает лишь ощущение его неотвратимости. Этот момент наступает за 2—4 с до выброса эякулята из meatus penis.

Борс и Комарр [317], исследовав 529 больных с травматическими повреждениями спинного мозга и (или) конского хвоста, констатировали сохранение эрекций при центральном параличе у 85—90% больных, а при периферическом — у 25% больных. Эякуляции сохранялись при центральном параличе у 8% больных и при периферическом — у 19% больных. При этом был отмечен парадоксальный факт: частота наступления беременности у жен больных с периферическим параличом превышала таковую при центральном параличе. Исследователи объяснили это прохождением церебральных импульсов через сохранившиеся nn. splanchnici.

Манроу, Хорни и Полл [464] наблюдали 84 бывших военнослужащих с последствиями ранений позвоночника; некоторым

Таблица 3

Частота нарушений эрекции и эякуляции при различных локализациях симпатэктомии [532].

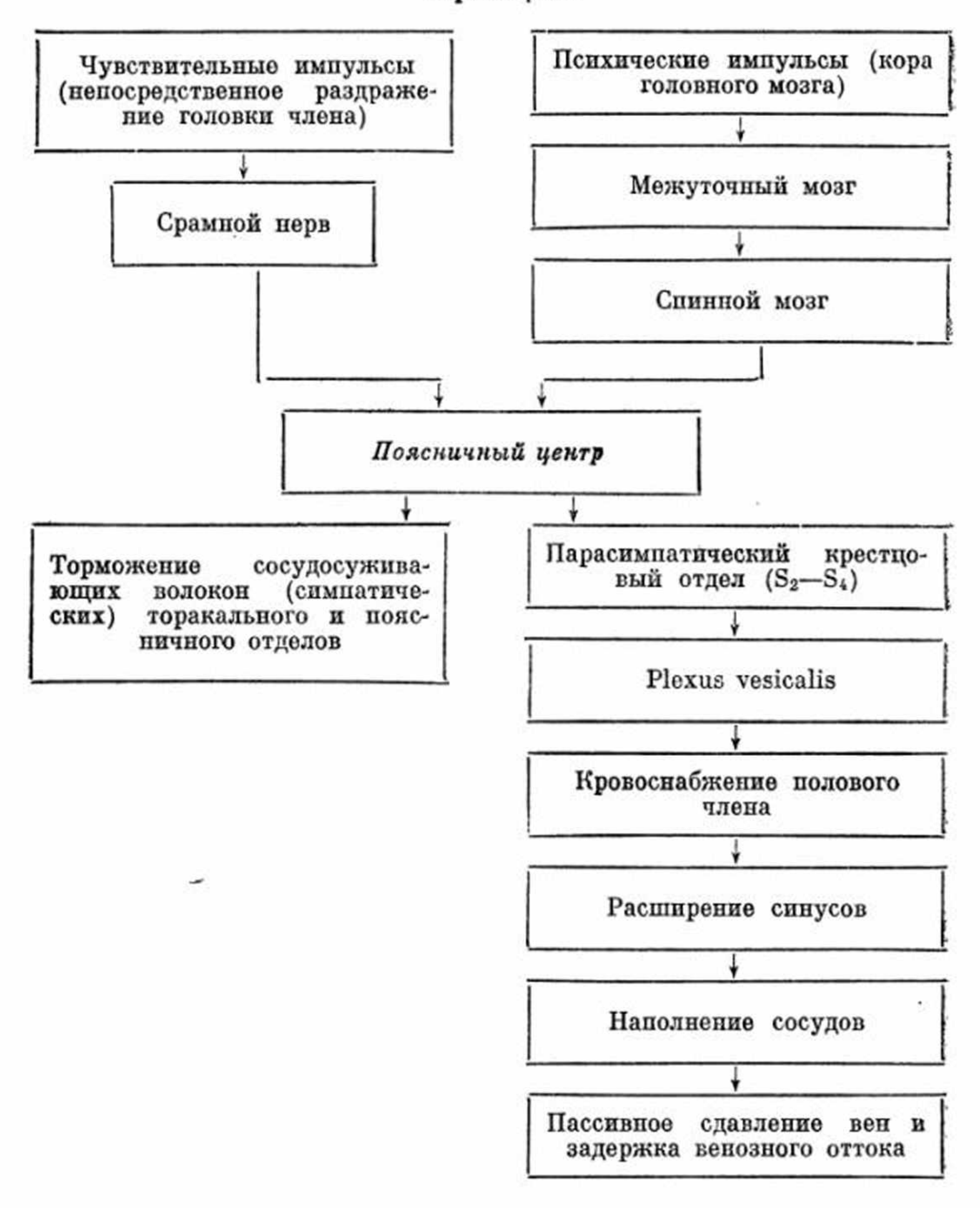
Уровни	Общее число наблюдений	Нарушение эрекции, %	Стойкая утрата эякуляции, %
Грудной	19	57	0
Пояснично-грудной	116	23	21
Поясничный:			
односторонние	23	17	0
двусторонние	11	63	54

из них для снятия болезненной спастичности было произведено пересечение передних корешков. Сохранность основных сексуальных феноменов у этих больных оказалась близкой к данным Борса и Комарра: эрекции были у 74% больных, а эякуляции— у 7—8%. Авторы приходят к выводу, что наличие или отсутствие расстройств потенции определяется не только разрушением спинного мозга как таковым, но и его локализацией и числом пораженных сегментов, так как, в частности, «ни в поясничном отделе спинного мозга, ни в каком-либо другом месте никакого „центра" эякуляции нет» [464]. Этот вывод Манроу, Хорни и Полла подтверждается данными Уайтло и Смисуика, изучавших влияние симпатэктомии на половые функции. Наряду с улучшением сексуальных проявлений, отмеченным 11 оперированными из 183 (7%), у 169 больных имели место жалобы на нарушение половых функций (табл. 3).

Объясняя наблюдавшиеся при этом нарушения эякуляции, авторы пишут: «Сам процесс выведения семенной жидкости при оперативных вмешательствах на симпатической нервной системе не страдает, но изгнание семени через meatus penis утрачивается. Парасимпатическая функция не изменяется. Количество сперматозоидов уменьшается, а оставшиеся не движутся из-за отсутствия мышечной активности vas deferens. Вследствие нарушения сократительной способности гладких мышц семенных пузырьков в простатическую часть уретры между внутренним и наружным сфинктером поступает меньше семенной жидкости. Вследствие же расслабления внутреннего сфинктера и эта семенная жидкость, вместо того чтобы быть изгнанной наружу, в сторону meatus penis, попадает в мочевой пузырь».

Основываясь на клинических наблюдениях, Уайтло и Смисуик предлагают следующие схемы иннервационного обеспечения эрекции и эякуляции (пункты, противоречащие общепринятым взглядам и не подкрепленные собственной аргументацией, обозначены курсивом):

Эрекция



При всех недостатках и неточностях эти схемы все же дают наглядное представление о структурах, принимающих участие в обеспечении эрекции и эякуляции, расположенных на различных уровнях, от ганглиозных клеток приорганных [456] тазовых сплетений до высших отделов головного мозга [193]. И хотя эякуляция непроизвольна, влияние на нее корковой регуляции прослеживается как при наступлении эякуляции под влиянием чисто психического возбуждения, без воздействия на эрогенную

Эякуляция



зону glans penis, так и при кортикально обусловленном функциональном асперматизме, когда коитус с определенной женщиной никогда не заканчивается эякуляцией, независимо от длительности фрикций. В клинико-физиологическом анализе механизмов кортикального обеспечения половых функций особого упоминания заслуживают парацентральные дольки, синдром поражения которых [53] свидетельствует о непосредственном их участии у человека в регулировке феномена эякуляции.

Оргазм

Оргазм (греч. orgasmós, от orgáō — разбухаю, пылаю страстью) — высшая степень сладострастного ощущения, возникающая в момент завершения полового акта (или заменяющих его форм половой активности).

Если нейрофизиологические механизмы эрекции и эякуляции при неизбежных расхождениях между различными авторами по отдельным частным пунктам в общем вырисовываются в достаточно четкую и принимаемую большинством единую концепцию, то механизмы оргазма все еще трактуются крайне противоречиво. Большое число гипотез, объясняющих природу оргазма, можно сгруппировать следующим образом:

I. **Гипотезы периферического происхождения оргазма**

1. Формирование оргазма связывается с сокращением семяизвергающих мышц [350, 292].

2. Формирование оргазма связывается с активным преодолением семенной жидкостью узких устьев семявыносящих протоков, открывающихся в заднюю уретру на семенном бугорке. Сторонники этой гипотезы [480, 471] в свое время оперировали наиболее аргументированными доводами. Например, Орловский пишет: «...нужно обратить внимание на то, что именно первая часть эякуляции[1] вызывает оргазм, а не вторая. Прохождение в заднюю уретру через узкие выбрасывающие протоки содержимого семенных пузырьков, а также простатического сока вызывает чувство оргазма. Это может быть также ясно доказано впрыскиванием в заднюю уретру через гюйоновский наконечник 2% раствора кокаина перед половым актом... Произведенный затем обычным путем половой акт протекает без оргазма: прохождение через анестезированные отверстия не воспринимается организмом в виде особого ощущения. Это доказывается и клинически установленным фактом, что половой акт проходит без оргазма при расслаблении выбрасывающих протоков и при табесе...» [471].

II. **Гипотезы центрального происхождения оргазма**

1. Формирование оргазма связывается с раздражением особого центра в спинном мозге [438] или в параспинальных образованиях вегетативной нервной системы [456].

2. Гипотеза Гиршфельда [389], связывающая возникновение оргазма с существованием в головном мозге особого центра, который при возбуждении изливает на остальные мозговые клетки «одурманивающее вещество».

III. **Космическая гипотеза Рейха** [479], согласно которой оргазм есть особое состояние «биологической энергии», в свою очередь представляющей одно из частных воплощений примордиальной космической энергии, названной им «оргон».

IV. **Системная гипотеза** [47, 48, 65], объясняющая оргазм как результат сложного взаимодействия ряда структурных образований, расположенных на различных уровнях (тазовом, спинальном, диэнцефальном и корковом).

---

[1] Т. е. фаза выведения (прим. авторов).

В противоположность чрезвычайно широкой космической гипотезе Рейха гипотезы периферического и центрального происхождения оргазма страдают крайней односторонностью. За исключением гипотезы Гиршфельда, оставляющего без ответа возражения Орловского, они игнорируют тот элементарный факт, что, поскольку оргазм есть ощущение, его анатомо-физиологическим субстратом могут быть только те высшие отделы центральной нервной системы, которым свойственно восприятие ощущений. Совершенно очевидно, что ни семенной бугорок, ни семяизвергающая мускулатура, ни сам спинной мозг, ни связанные с ним вегетативные ганглии не могут быть тем центральным пунктом, где возникает оргастическое ощущение. Если задняя уретра может являться лишь тем местом, где вызывающие оргазм импульсы зарождаются, то спинной мозг может быть лишь промежуточной инстанцией, эти импульсы проводящей. Кроме того, ни одна из периферических или центральных гипотез не в состоянии дать удовлетворительное толкование всей совокупности фактов диссоциаций между эякуляцией и оргазмом, опубликованных начиная с Curschmann (1876), Левенфельда [438] и Л. Я. Якобзона [279] и кончая Лирмаусом [432] и Поттсом [476].

Совершенно очевидно, что гипотезы периферического и центрального происхождения оргазма нельзя рассматривать как исчерпывающие и взаимоисключающие. Необходимо искать ответ не на вопрос, где находится «особый» центр оргазма — в спинном мозге, «в непосредственной близости от центра эякуляции» [438] или еще где-то, а на вопросы: какова последовательность явлений; каковы пути, по которым следуют импульсы; каковы взаимоотношения в сложной констелляции нейронных ансамблей, принимающих участие в формировании оргазма.

С точки зрения системной гипотезы активное преодоление узких устьев семявыносящих протоков и поступление в простатическую часть уретры их содержимого (т. е. завершение первой фазы эякуляции) порождает лишь афферентные импульсы, которые поступают в высшие центры головного мозга и воспринимаются вначале как ощущение неотвратимости, невозможности остановить надвигающуюся волну оргазма, но еще не как сам оргазм. Афферентные импульсы из простатической части уретры поступают в церебральный центр, локализованный в парацентральных дольках либо в непосредственной близости к ним и предварительно сенсибилизированный предшествовавшей суммацией центростремительных импульсов с эрогенной зоны головки члена. Интеграция этих афферентных импульсов предварительно сенсибилизированным церебральным центром, превышая уровень порога наступления оргазма, вызывает цепную реакцию, проявляющуюся в сильнейшем нервном разряде, двигательный компонент которого реализуется в серии мышеч-

ных спазмов, пробегающих по наружной уретре с интервалами в 0,8 с [449], и сопровождается сильнейшим сенситивным аккомпанементом, чрезвычайно витальная, подчас гиперпатическая окраска которого с несомненностью свидетельствует об участии зрительных бугров [17]. О том же свидетельствует преобладание в оргастическом ощущении аффективного компонента над дискриминативным.

Для удобства анализа системная гипотеза допускает условное выделение из рассмотренного функционального единства двух уровней: а) церебрального (объединяющего все корковые условнорефлекторные комплексы половой сферы, парацентральные дольки и связанные с половой сферой отделы межуточного мозга, в том числе зрительных бугров); б) сегментарного (поясничный и крестцовый отделы спинальных «центров» эякуляции с их экстраспинальным, в том числе приорганным, обеспечением). Сегментарный уровень, представляющий по существу функциональный субстрат эякуляции, непосредственно связан с чисто двигательными проявлениями, обеспечивающими переход первой, преоргастической, фазы эякуляции во вторую фазу, не только тесно связанную с оргазмом, но и управляемую им при нормальном протекании. В противоположность этому церебральный уровень более непосредственно и во времени, и функционально связан не с двигательными, а с сенситивными реакциями, осуществляя их восприятие, оценку и интеграцию. Интеграция же, непосредственно связанная с регуляцией функции, на первых стадиях циклов половой активности (и еще более четко — в интервалах между ними) чаще носит тормозной характер и лишь после срабатывания триггера, запускаемого «сенситивным ударом» из простатической части уретры, резко изменяет направление вектора и из механизма сдерживающего превращается в механизм, высвобождающий серию интенсивнейших энергетических разрядов.

Изложенное системное толкование механизмов оргазма позволяет объяснить все разнообразие диссоциаций между оргазмом и эякуляцией [48], начиная с облегченного наступления непроизвольных семяизвержений во время сна при ночных поллюциях (когда снижается сдерживающее влияние кортикальных отделов), во многих случаях не сопровождающихся оргазмом и устанавливаемых лишь по наличию следов эякулята на белье. Такого же рода преходящими различиями в чисто функциональном состоянии сегментарных и церебральных уровней объясняются и другие случаи эякуляции без оргазма.

Наблюдение 1. К., 23 лет, жалуется на головные боли, общую слабость, головокружения. Демонстраций кинофильмов не переносит, так как при просмотре кинокартин головные боли и головокружения усиливаются, нарастает состояние общей слабости, иногда появляется тошнота. Считает себя больным в течение 2 лет, с момента контузии при авиабомбардировке. Травма сопровождалась потерей сознания в течение суток.

С момента травмы утратил всякие сексуальные интересы (о чем говорит спокойно и что его, судя по тону рассказа, ни мало не тяготит). Половой жизнью не жил. Эрекции очень редкие, только спонтанные. Поллюции, начавшиеся с 17-летнего возраста и имевшие место 2—3 раза в неделю, с момента травмы стали единичными (1 раз в 3—4 мес); происходят они, как правило, без сопутствующих эротических сновидений и чаще всего совсем без оргазма (проснувшись, обнаруживает пятна спермы на белье).

Положительный симптом Ромберга и резко выраженный окулостатический феномен Гуревича, получаемый при конвергенции, дивергенции и отведениях взора в стороны, вверх и вниз. Исследование окулостатического феномена сопровождается игрой вазомоторов.

В данном случае диссоциированное снижение оргазма обусловлено прямым воздействием травмы на диэнцефальную область, что подтверждается выраженными субъективными и объективными симптомами посткоммоционной церебральной астении.

Наблюдение 2. Ч., 29 лет. Жалуется на изменение протекания половых актов с женой наряду с сохранностью прежних показателей при половых актах с другими женщинами. Если сношения производятся через 2—3 дня, ни эякуляции, ни оргазм вообще не наступают и коитус прерывается вследствие усталости, обычно при полной, а иногда при ослабленной эрекции. Если же сношение производится раз в 6—10 дней, эякуляция наступает, но оргазм при этом или резко снижен, или совершенно отсутствует и ощущается лишь толчкообразное прохождение жидкости по каналу (эякулят также обнаруживается в презервативе). Подобные проявления начались примерно через полмесяца после начала регулярной половой жизни в браке (который длится 2 года) и с тех пор из месяца в месяц все больше и больше нарастают. С другими женщинами до последнего времени может иметь ежедневные сношения, протекающие вполне нормально.

Рассказывает, что жена — «не его тип», с самого начала он не испытывал к ней как к женщине ничего, кроме умеренного мужского любопытства, и женился по тем соображениям, что она, обладая рядом положительных человеческих и житейских качеств, будет ему хорошим помощником и товарищем в жизни.

Здесь также наряду с полной функциональной сохранностью сегментарного уровня имеет место избирательная функциональная субкомпенсация церебрального уровня, обусловленная превалированием тормозящего действия кортикальных комплексов половой сферы, проявляемая только по отношению к той женщине, с которой пациента связывают не естественные склонности, а соображения сугубо интеллектуалистические.

В противоположность этому в случаях оргазма без эякуляции имеют место обратные соотношения: резкое снижение (вплоть до полного функционального паралича) возбудимости нижнего, сегментарного, подотдела наряду с функциональной сохранностью, а нередко — с повышением возбудимости (т. е. понижением порогов) церебрального уровня. Чаще всего подобные отношения наблюдаются при наличии запущенного хронического простатита.

Наблюдение 3. Ов., 21 года. За 8 мес до обращения к нам, спустя 4 дня после сношения со случайной знакомой, заметил при дефекации беловатое выделение из мочеиспускательного канала. После окончания дефекации потужился «на пробу» и отметил, что истечение продолжается. С тех пор подобное явление повторялось при каждой дефекации.

Обратился к врачу. Тот искал гонококк, но не нашел его, и все же назначил курс лечения стрептоцидом. Так как явления продолжались, были произведены переливание 70 мл крови и полный курс сульфидинотерапии. Проведенная после этого алькогольная провокация гонококков не выявила. На протяжении всего этого времени выделение беловатой жидкости при дефекациях продолжалось, а в интервалах между активными фазами лечения (когда врачи запрещали половую жизнь) имел сношения (которые протекали при полной сохранности эрекций и изменившем свою окраску и притупленном оргазме, но при отсутствии эякуляций — презерватив после сношения оказывался пустым). Снова и снова обращался к врачам, которые всякий раз начинали с поисков гонококка, когда же его не находили, объявляли пациенту, что он здоров.

При ректальном обследовании обнаруживаются асимметричное увеличение предстательной железы, сильная ее болезненность, обильная лейкоцитарная инфильтрация. В анализе выделений из уретры, полученных при натуживании, сперматозоиды покрывают все поле зрения.

В данном наблюдении диссоциация была обусловлена патологией сегментарного уровня в сочетании с функциональной сохранностью церебрального.

Наблюдение 4. К., 21 года. Обратился в дермато-венерологический кабинет с жалобой на появление в правой теменной области участка выпадения волос, который заметил около недели назад. Дерматологом была диагностирована неврогенная форма alopeciae areatae, и больной направлен в неврологический кабинет.

При подробном анамнестическом расспросе наиболее частые психотравматизирующие факторы исключались один за другим. При повторном обследовании выявилось наличие какого-то патологического комплекса, связанного с сексуальной сферой. Проведя дальнейший расспрос в этом направлении, мы выяснили, что около года назад с больным произошел следующий в высшей степени поразивший его случай.

Выполняя в присутствии многочисленных зрителей учебно-практическое задание, К. резко отстал от товарищей, причем его нерасторопность оказалась в центре внимания всех присутствующих. Положение вызвало у него необычайную эмоциональную реакцию, основными компонентами которой были сильнейшие стыд и страх, усиливавшиеся с каждой секундой. И вот здесь-то, на высоте этой эмоциональной реакции, вдруг произошла эякуляция с оргазмом. Месяца через четыре, когда больной начал уже забывать об этом случае, подобное же явление (эякуляция с оргазмом) повторилось на концерте, когда выступавший артист каким-то комическим номером вызвал у публики (в том числе и у К.) приступ неудержимого смеха. С тех пор эякуляции с оргазмом повторяются иногда на высоте эмоциональных реакций, а затем и при натуживании во время акта дефекации (причем только в том случае, если дефекации предшествовало сексуальное возбуждение, сопровождавшееся эрекцией). Эти дефекационные семяистечения вначале также сопровождались оргазмом, а затем стали происходить без сексуальных ощущений. Оргастические ощущения на высоте эмоциональных реакций к этому времени происходят без выделения семени. Либидо и эрекции сохранены полностью.

Половой жизнью не жил. Онанизм отрицает. Поллюции с 19 лет, их частота — от 1 до 5—6 раз в неделю.

Отец страдал мигренью и периодическими выпадениями волос в той же форме, что и наш больной. В семье было отмечено, что эти эпизоды следовали за крупными жизненными неприятностями.

У больного в правой теменной области — овальной формы участок выпадения волос величиной около 3×4 см; кожа без воспалительных явлений. Легкое левостороннее расходящееся косоглазие. При крайних отведениях взора — мелкоразмашистый стойкий ротаторный нистагм.

В противоположность предыдущему, в данном наблюдении установившиеся на заключительном этапе редуцированные (без эякуляций) неадекватные дневные поллюции свидетельствуют о патологическом повышении возбудимости церебрального уровня. Для получения оргазма у К. не было нужды в каком бы то ни было воздействии на сексуально-эротическую сферу, прямом (на генитальную эрогенную зону) или косвенном. Любая достаточно выраженная эмоциональная реакция положительного или отрицательного знака, не имеющая никакой эротической окраски, вызывая возбуждение тех отделов зрительных бугров, которые являются первичным анатомо-физиологическим коррелятом эмоций [17], очевидно, порождала иррадиацию возбуждения и на те отделы, которые играют роль анатомо-физиологического коррелята половых эмоций, и обусловливала наступление оргазма.

Та же системная гипотеза структуры оргазма позволяет понять дезинтегративный механизм диссоциаций оргазма и эякуляции при ранних, допубертатных, мастурбаторных актах, а также механизм феномена истинной пролонгации (см. ниже).

Биологическое значение оргазма. Было бы неправильно полагать, что биологическое значение оргазма ограничивается ролью мотива, побуждающего самца к повторению коитуса. У наиболее развитых видов, со сложными формами поведения, формирующимися в ходе индивидуального развития, поиск наиболее адекватных и целесообразных поведенческих актов, слепо перебираемых на основе проб и ошибок, фильтруется и закрепляется нейрофизиологическим механизмом *удовлетворения*.

Анализируя значение безусловнорефлекторного подкрепления как фактора, консолидирующего адекватную последовательность отдельных компонентов поведенческого акта, П. К. Анохин подчеркивает [5], что последовательность *потребность — поиск — удовлетворение* является чрезвычайно важным приобретением эволюции. Именно последнее звено обладает ассоциирующим действием, закрепляющим все благоприятные поисковые поведенческие акты. При этом обратное подкрепляющее действие распространяется по определенному градиенту от удовлетворения к потребности. Наибольшая сила «замыкания» возникает между состоянием удовлетворения (оргазма) и ближайшими к нему афферент-

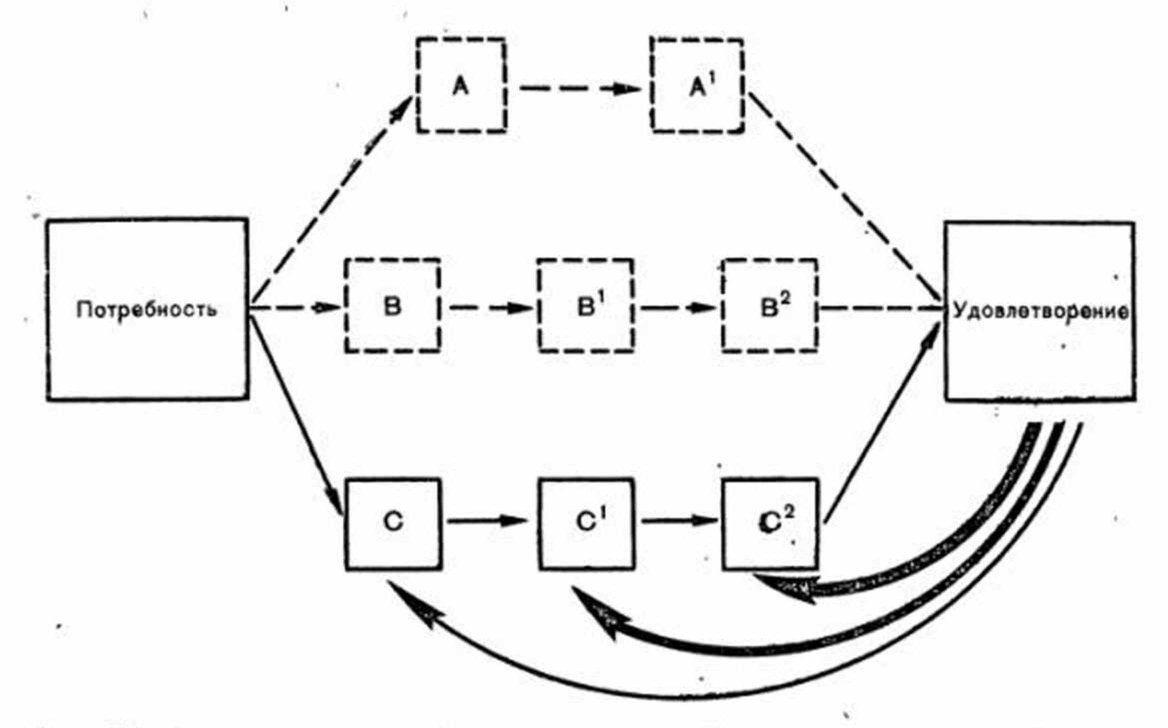


Рис. 35. Схема соотношений двух состояний организма — потребности и удовлетворения, с акцентом на подкрепляющий (консолидирующей) роли удовлетворения [5].

Все предшествовавшие последовательности действий, не закончившиеся удовлетворением, становятся негативными (пунктирные стрелки A, A^1, B, B^1, B^2). Наоборот, все явления, закончившиеся удовлетворением (в рассматриваемом кругу явлений — оргазмом), получают обратную и восходящую эмоциональную активацию, закрепляющую условную связь (сплошные стрелки C, C^1, C^2; толщина стрелок отражает силу консолидирующего воздействия).

ными раздражающими и двигательными актами. В соответствии с этой закономерностью обратное подкрепляющее действие имеет тенденцию распространяться все шире по синаптическим организациям центральной нервной системы, подчиняясь при этом закону статистической вероятности совпадения данного ряда процессов с конечным моментом — удовлетворением (рис. 35).

Таким образом, в основе оргазма лежит безусловный рефлекс, который подкрепляет всю предшествовавшую последовательность сексуальных реакций, тем самым формируя из множества разрозненных проявлений целостный психофизиологический акт. В этом закреплении сливающихся в процессе интимной близости непроизвольных компонентов биологического порядка, с одной стороны, и индивидуальных личностных проявлений поведеченского порядка — с другой, и заключается основная роль оргазма.

Либидо

Либи́до (лат. libido — желание, влечение) — половое влечение. Альберт Молль, посвятивший этому феномену монографическое исследование [457], положил начало употреблению

термина в научном смысле, сохранившем приданное ему основное значение, несмотря на усилия фрейдистов, стремившихся вложить в этот термин собственное, психоаналитическое, толкование. Свой труд Молль начинает следующими словами: «С выражением „половое влечение“ дело обстоит так же, как и со многими другими психологическими понятиями: каждый им пользуется, каждый уверен, что применяет его правильно, и тем не менее различные исследователи толкуют его по-своему... Один понимает под этим исключительно субъективные ощущения в половых органах, другой — главным образом отношения к противоположному полу, третий — воспроизведение потомства».

Рассматривая на уровне знаний своего времени роль либидо как основного мотива полового поведения, Молль обосновывает необходимость внесения ограничений в телеологическую формулировку инстинктивных действий по Гартману — «целесообразные действия, совершаемые без осознания цели» (Hartmann, 1878), и приходит к определению инстинктивных действий Ч. Дарвина [457]. Приводимая Моллем аргументация во многом приближает его понимание взаимоотношения инстинктивных и сознательных действий в половом поведении человека к современным установкам о половых мотивациях [237] и их удовлетворении как интегративных актах с участием различных уровней нервной системы: «Женщина, прибегающая к коитусу для того, чтобы иметь детей, может предварительно обсудить все, что говорит за и против этого, и если она принимает решение продлить род, то это — деяние произвольное, но отнюдь не вызванное влечением. И само собой разумеется, что когда женщина прибегает к совокуплению вследствие других причин, — например, чтобы испытать удовольствие, отвлечься от забот или чтобы заработать деньги, как проститутка, тогда еще меньше оснований говорить о влечении... И если мужчина, который испытывает склонность только к мужчинам, чтобы выказать себя покорителем женщин, совокупится с особой женского пола, вызвав у себя эрекцию воображением мужчины, то такой коитус никак нельзя причислить к инстинктивным» [457].

В половом влечении (Libido, Geschlechtstrieb) Молль выделил два компонента: *стремление к прикосновению* (Kontrektationstrieb), побуждающее к физическому (объятия, поцелуи) и духовному общению с другой особой (в нормальных условиях — с особой противоположного пола), и *стремление к расслаблению* (Detumescenztrieb), побуждающее к достижению изменений в половых органах, связанных с вазомоторными и мышечными процессами, следующими за эякуляцией у мужчин и оргазмом — у обоих полов.

Психоаналитическая трактовка либидо

В попытке создания всеобъемлющей единой теоретической концепции о психологическом развитии и поведении человека Фрейд, Абрагам и Клейн расширили понятие либидо, сделав его одним из основных понятий психоанализа, определяющим все развитие человеческой психики, начиная с момента рождения, и проделывающим очень сложную эволюцию [359, 290, 417].

В развитии либидо у ребенка Фрейд и его последователи выделили 3 стадии, завершающие свою эволюцию до достижения ребенком возраста 7 лет. Первая — стадия полиморфной перверзности, в которой все эмоциональные интересы ребенка сосредоточены на собственном теле, названа *нарцистической стадией*. Во второй стадии — *стадии Эдипова комплекса* весь энергетический потенциал либидо оказывается сосредоточенным на любви к матери и ревнивой ненависти к отцу. При этом ребенок идентифицирует себя с матерью и вследствие этого реагирует по женскому типу (т. е. проявляет к матери гомосексуальные тенденции). В тех случаях, когда ребенку удается успешно преодолеть эти облигатные стадии развития либидо, он получает возможность проявлять любовь к отцу, достигая *стадии зрелой сексуальности*, объект которой — женщина.

Первая стадия подразделяется на ряд фаз, дифференцируемых и именуемых по органу, на котором концентрируется либидо, или по действию, связанному с этим органом:

Первая — о р а л ь н а я — фаза — идентифицируется Фрейдом по сосанию, которое лишь поначалу связывается с питанием, а затем полностью эмансипируется и приобретает самостоятельность как первое чисто эротическое переживание. «Сосание, которое появляется уже у младенца и может продолжаться до зрелых лет или удержаться на всю жизнь, состоит в ритмическом повторяемом сосущем прикосновении ртом (губ), причем цель принятия пищи исключается... Сосание по большей части поглощает все внимание и кончается или сном, или моторной реакцией вроде оргазма... Я полагаю, что связь явлений, которую мы научились понимать благодаря психоаналитическому исследованию, позволяет нам считать сосание сексуальным проявлением и как раз на нем изучать существенные черты инфантильных сексуальных действий» [359].

С появлением у ребенка зубов и в случае отсутствия задержек сексуального развития первая фаза, в которой диапазон эмоционального реагирования ребенка ограничивался единственным видом эмоций — чисто эротическим, претерпевает, по Фрейду, коренное изменение, так как ребенок получает возможность проявлять агрессию. Объем эмоциональных проявлений возрастает за счет включения эмоций ненависти (яро-

сти) — начинается вторая фаза, о р а л ь н о - к а н н и б а л и с т с к а я, или фаза пожирания. Ребенок не ограничивается тем, что с хрустом поедает сухари: по утверждению Клейн [417], обретенная острота зубов, сочетаясь с эмоцией ненависти, обращается ребенком на своих родителей, главным образом на мать, которую он в своих фантазиях пожирает, что в свою очередь способствует формированию чувства вины и страха наказания. Абрагам [290] в частых жалобах матерей на то, что дети в конце грудного периода больно кусают соски их молочных желез, усматривает «инстинктивное стремление пожрать грудь».

В следующих двух а н а л ь н о - с а д и с т и ч е с к и х фазах объектом инфантильной сексуальности становится задний проход, что объясняется, по Клейн, стремлением ребенка изгнать съеденных (в фантазии) родителей и, таким образом, освободиться от контакта с ними. Выделяя первую из этих фаз как анально-садистическую фазу изгнания, Абрагам определяет ее также как фазу «частичной любви с воплощением», поскольку здесь «объект любви представлен частицей самого себя». Далее следует анально-садистическая фаза задержки, которую сам Фрейд характеризует так:

«Дети, которые пользуются эрогенной раздражимостью анальной зоны, выдают себя тем, что задерживают каловые массы до тех пор, пока эти массы, скопившись в большом количестве, вызывают сильные мускульные сокращения и при прохождении через задний проход способны вызвать сильное раздражение слизистой оболочки. При этом вместе с ощущением боли возникает и сладострастное ощущение» [359].

При этом значение описанного явления, по мнению Фрейда, отнюдь не ограничивается масштабом невинных детских шалостей — запреты, падающие на анально-садистическую фазу, могут сказаться в будущем даже не геморроем или «нервностью», а деформировать как сексуальные проявления, так и всю структуру личности:

«В работе, необычайно углубляющей наше понимание значения анальной эротики, Lou Andreas-Salomé указала, что история первого запрещения, предъявленного ребенку, запрещения получать удовольствие от анальной функции и ее продуктов, является решающим для всего его развития. Маленькое существо должно при этом впервые почувствовать враждебный его влечениям окружающий мир, научиться отделять свое собственное существо от этого чуждого ему мира и затем совершить первое „вытеснение“ возможного для него наслаждения. С этого времени „анальное“ остается символом всего, что необходимо отбросить, устранить из жизни. Требуемому позже отделению анальных процессов от генитальных мешают близкие анатомическая и функциональная аналогии и зависимости между обеими» [359].

В следующей, уретральной, фазе ребенок получает сексуальное удовольствие от прохождения мочи по мочеиспускательному каналу. На этом этапе либидинозная фиксация наконец достигает гениталий и дает начало первой (ранней, или фаллической) генитальной фазе, в которой ребенок открывает возможность извлекать сексуальное наслаждение из мастурбационных манипуляций на собственных гениталиях.

Всю цепь метаморфоз завершает конечная, генитальная, фаза, достижение которой к возрасту не позже чем 7 лет дает, по представлениям психоаналитиков, основание надеяться на формирование в будущем способности к совершению нормального полового акта.

Особое значение Фрейд придает латентному сексуальному периоду детства, занимающему промежуточное положение между проявлениями сексуальности младенческого возраста и пубертатной фазой сексуального развития: именно в этом периоде формируются, по мнению Фрейда, психологические механизмы, которые имеют решающее значение для дальнейшего развития личности. И вся эта энергичная перестройка не оставляет у подавляющего большинства людей (хотя и не у всех) никаких следов в памяти вследствие активного вытеснения детских впечатлений из сферы сознания.

Как считает Фрейд, особенности перехода от одной стадии к другой (задержка на той или иной стадии, возврат к какой-либо из предыдущих фаз и т. п.) в значительной мере предопределяют не только сексуальные предпочтения в периоде возмужания, но и характер человека. Например, патологические «сосальщики», т. е. дети с фиксацией на стадии оральной эротики («у которых конституционально усилено значение губ»), «становясь взрослыми, делаются любителями поцелуев, имеют склонность к перверзным поцелуям, или, будучи мужчинами, приобретают сильный мотив для пьянства и курения. Если же к этому присоединяется вытеснение, то они будут ощущать отвращение к пище и страдать истерической рвотой» [359]. Таким образом, по утверждению фрейдистов, именно инфантильные формы сексуальности, подвергаясь в ходе индивидуального развития наиболее глубокому вытеснению, оказываются носителями наиболее выраженных патологических потенциалов, создавая главный источник психоневрозов. Столкнувшись с внешним препятствием, либидо может возвращаться на пройденные этапы развития, приобретая форму патологической регрессии (лежащей, в частности, в основе шизофрении). К концу жизни Фрейд «мифологизирует» свое учение о влечениях, сводя его к вечной борьбе двух мировых сил — Эроса и Танатоса, т. е. влечения к жизни и к смерти.

Оценивая положение психоанализа к началу 20-х годов, Фрейд сам указывал, что именно тенденции психоаналитиче-

ского пансексуализма, «подчеркивание значения сексуальной жизни во всех проявлениях человеческой деятельности и сделанная здесь попытка расширить понятие сексуальности всегда были самыми могучими мотивами сопротивления против психоанализа» и даже побудили некоторых его единомышленников, которые в свое время «интенсивно занимались психоанализом, отпасть от психоанализа» [359].

Одной из основных причин неприятия психоанализа в целом и утраты им былого влияния является преднамеренный отход Фрейда и его ближайших сподвижников от путей естественнонаучного, биологического исследования с вытеснением их односторонними приемами психоаналитической техники (что признал и сам Фрейд в предисловии к третьему изданию «Очерков по психологии сексуальности»). При этом наиболее четко все слабости психоанализа сказались именно в концепции либидо.

Другой причиной фиаско учения Фрейда о либидо и сексуальных мотивациях явилось отсутствие единой и твердой философской платформы — сам он занятия философией называл непростительной растратой интеллектуальных сил [158]. Диалектика Фрейда — насквозь идеалистична в своей основе — смена фаз либидо подобна саморазвитию абсолютной идеи Гегеля, хотя исходной «философской матрицей» Фрейда явились принципы естественнонаучного эмпиризма и позитивизма, а его утверждение решающего значения для всей душевной жизни человека именно бессознательных, иррациональных влечений сближало фрейдизм с иррационализмом XIX века, восходящим к Шопенгауэру.

Учение Фрейда о либидо антигуманно, пронизано фатализмом: рассматривая влияния общества и культуры на человека как силы, лишенные формирующего, творческого значения и лишь ограничивающие внутренние влечения человека и препятствующие их свободному выявлению, Фрейд низводил человеческую психику до пассивной арены междоусобной борьбы извечных темных сил Танатоса и Эроса, первобытных желаний и запретов человеческой предыстории.

Именно пансексуализм явился одним из пунктов, приведших в конечном счете к распаду фрейдовской школы. Наряду с десексуализацией и расширением понятия либидо (по Фрейду — специфической энергии сексуальных влечений) до психической энергии как таковой [407] К. Юнг и А. Адлер выступили с отрицанием доминирующей роли сексуальных влечений в развитии личности, а Карен Хорни пришла к тотальному отрицанию всей теории либидо, концепции Эдипова комплекса и предопределяющей роли инфантильной сексуальности: «Все эти теории требуют критики и должны рассматриваться скорее как историческое бремя, которое несет психоанализ, чем как его сущность» [390]. Никто никогда не сом-

невался, говорит Хорни, что сосание, процесс еды и т. п. могут доставлять наслаждение, но сам факт наслаждения еще не свидетельствует о сексуальной природе сосания, поглощения пищи и т. д. «Оказывает ли сексуальность такое большое влияние на характер, как полагает Фрейд?» — спрашивает Хорни, и, анализируя доказательства, она всякий раз дает отрицательный ответ.

Определенную роль в ранней критике пансексуализма сыграл также Адлер, который в иерархии человеческих потребностей отвел половому влечению подобающее место, показав, в противовес Фрейду, что человек является существом прежде всего социальным. Именно Адлер четко и недвусмысленно высказал мысль, что способ, которым человек удовлетворяет свои сексуальные потребности, определяется стилем его жизни, а не наоборот [291].

Системное понимание либидо

Помня высказывание Молля о многозначности пользования термином либидо и противоречия по этому вопросу между различными кланами психоанализа, полезно взглянуть на тот же круг явлений глазами нашего современника прогрессивного американского исследователя Гарри Уэллса. Отметив решающее значение открытий и принципов И. П. Павлова для формирования науки о высшей нервной деятельности, он говорит:

«Что касается инстинктов, то было установлено, что само это слово настолько отягощено спекулятивным, мистическим содержанием, что как научный термин лишено всякого смысла. Ему предпочитают термин „безусловный рефлекс". Под „безусловным рефлексом" подразумеваются врожденные реакции на раздражители общего типа, т. е. такие, которые связаны с питанием, продолжением рода, защитой, ориентировкой и т. п. Эти врожденные рефлексы существуют уже при рождении — в скрытой или любой другой форме—и, как показали десятилетия экспериментальной работы, являются чрезвычайно неспецифическими и обобщенными. Как только они активизируются под действием внешних безусловных раздражителей окружающей среды, между ними и приобретенными «условными рефлексами» устанавливается неразрывная взаимосвязь. Жизненный опыт превращает обобщенные неэффективные и неспецифические врожденные рефлексы в конкретные, эффективные и специфические реакции на соответствующие раздражения окружающего мира. Таким образом, детеныш млекопитающих, будь то животное или человек, готовый сразу после рождения сосать все, что угодно, вскоре „научается" сосать только грудной сосок.

При этом „усваиваются" лишь те раздражители, которые в конечном счете „удовлетворяют" „инстинкт", или безусловный рефлекс; иными словами, эти раздражители становятся условными раздражителями, способными вызвать безусловную реакцию, как это наблюдается, например, в случае с сосательным рефлексом, возникающим в ответ на прикосновение соска. Молоко, стекающее в рот, закрепляет связь между раздражителем и врожденным рефлексом. С каждым подкреплением эта связь становится все прочнее. И наоборот, всякий сенсорный раздражитель, прямо или косвенно не вызывающий такого подкрепления, препятствует или затрудняет установление связи между раздражителем и безусловным рефлексом» [530].

Таким образом, безусловный рефлекс остается малоэффективным до тех пор, пока он не окажется связанным с приобретенным индивидуальным опытом в форме условных рефлексов.

Как в физиологии питания недостаток питательных веществ как бы «настраивает» организм на добывание пищи, так и в физиологии размножения соответствующие нейрогуморальные сдвиги могут вызвать такие психические (корковые) изменения, которые оживляют заторможенные условнорефлекторные комплексы и направляют всю деятельность организма в иное русло. Если в первом случае животное не реагирует на половые раздражители или дает на них неадекватную по силе реакцию, то при «половой настройке» он игнорирует пищу, давая выраженную реакцию на самые слабые половые раздражители. Так, в наблюдениях А. А. Ухтомского над животными в период течки усиление последней вызывалось даже раздражителями ориентировочного и пищевого характера (стук посуды, вид пищи):

«Когда половой аппарат находится в возбужденном состоянии под влиянием внутренней секреции, разнообразные раздражения действуют в руку подкрепления его возбуждения. Множество новых и неожиданных, диффузно-безразличных поводов оказываются теперь его возбудителями» [252].

Возникновение половой доминанты перестраивает деятельность всей коры. Ф. П. Майоров [159], исследовавший изменения высшей нервной деятельности у молодой собаки-самца с сильным типом высшей нервной деятельности под влиянием течки у самок, установил, что половое возбуждение гасит уже выработанные условные рефлексы и препятствует выработке новых. Автор делает вывод, что возбуждение полового «центра» в его опытах вызывало образование вокруг этого «центра» широкой зоны отрицательной индукции, распространявшейся на большую часть коры полушарий. Этой закономерности И. П. Павлов уделяет место в своих лекциях о работе больших полушарий головного мозга: «Если самцы перед опытом находятся поблизости самок, то у первых также условные рефлексы оказываются заторможенными в большей или меньшей степени» [178].

Соотношения между нейрогуморальными и корковыми влияниями иллюстрируют следующие наблюдения.

Наблюдение 5. Л., 15 лет, учащийся 9-го класса средней школы, жалуется на затруднения в учебе, связанные с наличием постоянных мыслей и «фантазий» эротического характера. В течение $1^1/_2$—2 лет он невольно ловит себя на том, что при чтении художественной литературы задерживается на описаниях эротических сцен, с трудом отвлекается от эротических представлений. За последние же полгода, по словам пациента, это стало совершенно невозможным. Едет ли он в трамвае, идет ли по улице, взгляд его невольно скользит по фигурам девушек. Сновидения его служат продолжением дневных «фантазий». Четыре месяца назад во время одного из таких сновидений он испытал не-

обычно острое сладострастное чувство, проснулся и обнаружил на белье влажные пятна, чем был очень напуган и ходил подавленный, пока не прочел в популярной книжке, что поллюции — явление нормальное. После этого страхи его исчезли, сексуальная же возбужденность нарастала. За неделю до обращения к врачу в трамвайной давке у него произошло семяизвержение, что его очень встревожило.

Эрекции учащены, появляются по малейшему поводу. Онанизм отрицает. Кроме кори, никаких заболеваний раннего детства не помнит. Отец пациента — военнослужащий, мать — педагог. Бытовые условия семьи хорошие.

По характеру малообщителен, с окружающими в хороших отношениях, но близких друзей не имеет. Застенчив, в обществе девушек или «теряется», или, наоборот, бывает слишком развязен, но сам чувствует, что эта развязность — наигранная. Любит чтение. Спортом никогда не занимался.

Внутренние органы без патологии. Вторичные половые признаки, общесоматическое и интеллектуальное развитие соответствуют возрасту. Со стороны нервной системы ни локальных, ни общеневротических симптомов не выявлено.

Заключение: эротическое фантазирование в периоде пубертатной гиперсексуальности с единичными дневными поллюциями.

С пациентом проведена психотерапевтическая беседа. Указан желательный режим. Рекомендовано заняться спортом. Выписан рецепт (монобромистая камфора с фосфатом кодеина).

В результате проведенного лечения достигнуто некоторое улучшение.

Наблюдение 6. С., 18 лет, начал свой рассказ так: «Доктор, я — неудачник». Девяти лет он попал под трамвай и потерял левую ногу. В школе был первым учеником, мечтал стать филологом, но рано лишился родителей и после окончания семилетки стал студентом библиотечного техникума, где учился только 1 год, а затем устроился на работу. Чтобы подавить пробуждающуюся сексуальность, занялся изучением высшей математики, а для борьбы с поллюциями и наступавшими по малейшему поводу эрекциями устроил у себя в комнате турник, на котором, несмотря на свой физический недостаток, доводил себя до полного изнурения специально для этой цели разработанным им «отвлекающим гимнастическим комплексом». Поллюции стали реже, однако пациент совершенно утратил способность спокойно смотреть на женщин, так как фантазия его рисовала «сумасшедшие вакханалии», отвлечься от которых он не мог (за последние две недели не прочитал ни одной страницы из математического руководства, потому что «глаза бегают по строчкам, а мысли далеко»).

Атлетического телосложения, несколько пониженного питания. Культя после ампутации на границе средней и дистальной трети левого бедра с безболевым фантомом в виде ощущений почесывания в отсутствующей конечности.

Внутренние органы без патологии. Веки слегка отечны, сосуды склер инъецированы. Тремор пальцев рук. Сухожильные рефлексы верхних конечностей и правый коленный и ахиллов повышены. Эмоциональная и вазомоторная лабильность. Пульс в ортостатической пробе: лежа 60 ударов в минуту, при переходе в вертикальное положение — 92 удара в минуту.

Заключение: эротическое фантазирование в периоде несколько задержанной пубертатной гиперсексуальности.

Совет жениться, сократить «гимнастический комплекс». Выдана та же пропись, что и предыдущему пациенту.

Общим моментом в этих наблюдениях является сосредоточенность пациентов на эротических переживаниях. Это и со-

ставляет ядро расстройства и у Л., и у С. Другие нарушения являются следствием этой патологической фиксации (например, дневная поллюция у Л.). Следует отметить, что расстройство развивается у обоих юношей в том возрасте, когда пробуждается деятельность созревших желез внутренней секреции и связанных с ними вегетативных центров. «Резкие нарушения корковой деятельности, вызываемые повышением безусловнорефлекторного тонуса, мы часто встречаем в возрасте полового созревания. Наоборот, ненормальное понижение половой возбудимости чаще всего является результатом недоразвития, заболевания или преждевременного увядания эндокринной деятельности половых желез» [109].

Если сопоставить рассмотренные случаи с наблюдениями А. А. Ухтомского и Ф. П. Майорова, то можно выделить, с одной стороны, некоторые закономерности течения нервных процессов, общие для человека и животных, с другой — закономерности, присущие только нервной деятельности человека. Тенденцию Л. задерживаться на эротических описаниях можно рассматривать как проявление половой доминанты (экспериментально изученной на животных), которая препятствует любой деятельности, что можно расценивать как эквивалент утраты подопытными животными способности к образованию новых временных связей. Стремление же пациентов освободиться от этой доминанты, характеризующее активность человеческого сознания по отношению к инстинкту, ни в коей мере не свойственно животным.

Целесообразно сравнить приведенные наблюдения, отражающие необычное усиление нейрогуморальной активации в периоде пробуждения сексуальности с нижеследующими, в которых, наоборот, представлены некоторые закономерности периода угасания половой деятельности.

Наблюдение 7. Кв., 57 лет, обратился с жалобой на недостаточное напряжение полового члена при сношениях, отмеченное им впервые около года назад и с тех пор проявляющееся все заметнее. Из расспроса выясняется, что утренние эрекции, хотя слабые и редкие, бывают и до настоящего времени, а сношения, хотя и при ослабленной эрекции, все же возможны. Половое влечение снижено, оргазм и фрикционные ощущения притуплены. Отмечает, что снижение полового влечения было первым симптомом, возникшим за много лет до ослабления эрекций. С этого времени, по рассказу больного, он начинал сношения не столько по желанию, как прежде, сколько в силу сложившейся за много лет привычки. За помощью в то время не обращался, так как эрекции были достаточные, время сношения даже удлинилось, а снижение полового влечения воспринималось им как явление положительное, так как делало его «спокойнее».

Половая жизнь с 19 лет (т. е. в течение 38 лет, из которых 34 года — регулярно со времени женитьбы). Эксцессы единичные, до 2—3 сношений за сутки. Поллюции появились поздно, уже после начала половой жизни (случались обычно в те дни, когда у жены бывали месячные и ему приходилось «воздерживаться»). Онанизм отрицает. Никогда не курил.

Высокого роста, очень хорошо для своего возраста сохранившийся, атлетического телосложения. При физикальном, неврологическом и урологическом обследовании патологических отклонений не обнаружено.

В подобных случаях характерное для возрастного снижения половой активности угасание либидо (первый по времени появления симптом), как правило, вызывает нарушение всех остальных компонентов, что и имеется у данного больного. Следует отметить, что в течение длительного времени эрекции сохранялись и нарушились лишь много лет спустя. Очевидно, ослабление нейрогуморальных механизмов либидо вначале было компенсировано и лишь с усугублением тяжести поражения наступил момент, когда компенсаторные механизмы оказались недостаточными и к выявившимся уже к этому времени симптомам прибавилось ослабление эрекций.

Следующее наблюдение позволяет не только предполагать, но и утверждать роль коры головного мозга в компенсации некоторых случаев ослабления эрекций.

Наблюдение 8. К., 55 лет, обратился с жалобами на ослабление эрекций, делающее сношение невозможным. Сношения не удаются ни с женой, ни со случайной знакомой, с которой он пытался иметь контус в санатории, где лечился по поводу «неврастении». Как с женой, так и со знакомой нормальные сношения не удавались из-за вялости члена, делавшей невозможным введение его во влагалище. Путем местных манипуляций при крайне слабых эрекциях он все же получал эякуляции, сопровождавшиеся притупленным оргазмом. Либидо уже около 12 лет ослаблено, утратило прежнюю остроту, и женщины стали возбуждать больше «зрительно», чем «внутренне»; при этом притупились и все другие сексуальные ощущения, в частности, получаемые при фрикциях и оргазме. Регулярных половых сношений не прекращал, так как эрекции в то время были полностью сохранены; продолжительность сношений заметно увеличилась (что создавало ему «хорошую репутацию у дам»—он даже начал вступать во внебрачные связи, которых до этого не имел). Лишь 8 лет назад впервые отметил, что полного напряжения члена при сношениях не наступает. С тех пор эрекции с каждым годом становятся все слабее. К моменту обращения интроекция (введение члена во влагалище) не удается. Утренние эрекции отсутствуют в течение месяца.

Половая жизнь с 24-летнего возраста, женат с 27 лет. Поллюции с 18 лет. Онанизм отрицает. Курит около 20 лет. Алкоголь в любых дозах усиливал сексуальную «напористость», в то же время снижал эрекции. Венерические болезни отрицает. Перенес брюшной и возвратный тифы, болел малярией. За 14—15 лет до обращения к нам страдал экземой промежностной области, для лечения которой в разные сроки прошел 70 сеансов (!) рентгенотерапии; при проведении последнего курса получил глубокий рентгеновский ожог.

Больной высокого роста, удовлетворительного питания, астеник. Значительное облысение. Артериальное давление 135/65 мм рт. ст. Тик левой круговой мышцы глаза. Тремор пальцев рук. Сухожильно-надкостничные рефлексы повышены, исследование их сопровождается общими вздрагиваниями. Брюшные рефлексы не вызываются, яичковые вялые, но вызываются с обеих сторон. В перианальной области обширные звездчатой формы рубцы и значительная индурация тканей (после рентгеновского ожога).

Заключение: декомпенсация нейроэндокринного обеспечения половой сферы после рентгеновской стерилизации.

До обращения к нам лечился (без особого эффекта) гидротерапией, массажами простаты и бужированием мочеиспускательного канала, принимал внутрь пантокрин, получил в санатории 15 подкожных инъекций препаратов мышьяка и стрихнина.

Так как препаратами тестостерона мы в то время не располагали, то после исключения местных урологических изменений решено было достичь компенсации за счет корковой составляющей, для чего была начата гипнотерапия. После первого сеанса (сон средней глубины, стадия гипотаксии) получена реализация внушения в виде появления (после месячного отсутствия) слабой утренней эрекции на следующий день после внушения. После второго сеанса (сон глубокий, лечебное внушение проведено в полосе амнезии) — значительное усиление утренней эрекции на следующий день после внушения, а затем в течение недели — полное отсутствие адекватных эрекций. По прошествии этой недели восстановилось исходное состояние — спонтанные эрекции отсутствуют, адекватные крайне ослаблены.

Патосексологическое ядро синдрома почти полностью совпадает с таковым у Кв. (наблюдение 7). Основные отличия: бóльшая глубина поражения и возникновение заболевания после неудачного лечения экземы промежности рентгеновскими лучами. Если у Кв. (наблюдение 7) приходилось предполагать наличие нейрогуморального синдрома «вообще», то у К. (наблюдение 8) с полной определенностью можно говорить о поражении яичек.

Как понять те колебания в силе эрекций, которые имели место под влиянием гипнотерапии? Исходя из того что субстратом гипнотического воздействия является прежде всего кора головного мозга, можно предположить, что в течение 15 лет после разрушительного рентгеновского воздействия, когда эрекции были, однако, сохранены и сношения продолжались, компенсация осуществлялась за счет: а) других желез внутренней секреции, связанных с осуществлением половых функций; б) корковых половых условнорефлекторных комплексов. Но по мере снижения функций непораженных эндокринных желез вся тяжесть компенсации легла на корковые условнорефлекторные комплексы, которым это оказалось, наконец, не под силу. Гипнотическое же воздействие, потребовав дополнительной их мобилизации, тем самым окончательно «сорвало» их на всю последующую неделю.

В данном случае роль коры головного мозга в компенсации нарушений других звеньев (в частности, нейрогуморального) демонстрируется достаточно четко. Представить же какое-либо принципиально иное объяснение, учитывая, что всякая гипносуггестия реализуется через кору головного мозга, едва ли возможно.

В литературе описано большое количество наблюдений относительно наличия у лиц, кастрированных в возрасте половой возмужалости, эрекций, достаточных для проведения коитуса [180, 278, 279]. В. В. Михеев [166] наблюдал 28-летнего миопата с резко выраженной атрофией яичек без снижения по-

тенции. У этого больного, как и в случае заболевания у К. (наблюдение 8), выпавшие стимулирующие влияния яичек, очевидно, компенсировались усиленной деятельностью корковых условнорефлекторных комплексов полового характера. Oberholzer (1912) наблюдал кастрата с резким снижением возбудимости эрогенных зон полового члена и с сохранением способности вызывать эрекции психическим путем, вызывая эротические воспоминания. У лиц, кастрированных в детстве, подобной компенсации никогда не наблюдалось [217]. Это, по-видимому, следует объяснить тем, что формирование корковых половых условнорефлекторных комплексов происходит в период юношеской гиперсексуальности, после чего они остаются на всю жизнь, являясь одним из основных средств, обеспечивающих эрекции в период непосредственно перед интроекцией, и вспомогательным — в стадии копулятивной, когда основная роль в поддержании эрекции переходит к афферентным влияниям, исходящим из эрогенных зон члена.

Отмеченное изменение относительных ролей первичного блока и вторичной матрицы в рассмотренном наблюдении у б-го К. выступает очень ярко: если в начальном периоде в результате 17 лет регулярных половых отношений вырабатываются и упрочиваются питаемые нейрогуморальной стимуляцией корковые условнорефлекторные рабочие комплексы сексуальной сферы, то после драматического эпизода, разыгравшегося на 41-м году жизни больного, роли меняются, и сформировавшаяся кортикальная матрица сама начинает поддерживать и питать функциональные структуры, выпавшие из пределов нейроэндокринного обеспечения. Матричный характер кортикализованного либидо вырисовывается в рассказе К. достаточно выпукло: женщины возбуждают его теперь больше «зрительно», чем «внутренне», — происходит девитализация либидо — это уже не цельное влечение, где эстетический компонент неразрывно сплавлен со слепым соматическим напором (Trieb, Drang немецких авторов, drive — английских), это всего только его тень, и даже не само по себе клише, а только его отпечаток, однако отпечаток, с известной точностью повповторяющий, воспроизводящий основные контуры оригинала.

Наблюдение 9. См., находился на стационарном обследовании в **нервном отделении** Куйбышевской областной больницы несколько раз начиная с 17-летнего возраста. Во время последнего поступления в больницу (для проведения 5-го курса рентгенотерапии) ему было 20 лет. Единственной его жалобой в этот период являлось понижение зрения, особенно на левый глаз.

Больным себя считает с 10-летнего возраста, когда без всякой причины появились головные боли, продолжавшиеся около 2 мес. Через 3 года головные боли возобновились и продолжались в течение месяца, после чего появились повышенная жажда (выпивал до 3 л воды в сутки) и частые мочеиспускания. Еще через год отметил снижение остроты зрения. Рост с момента заболевания прекратился.

Вопросы сексуального характера больному непонятны. Либидо полностью отсутствует. Разницу между мужчиной и женщиной определяет так: «У женщины нет полового члена, она одевается иначе, чем мужчина, и занимается домашним хозяйством». Эрекции очень редкие (при переполнении мочевого пузыря в утренние часы) и крайне слабые. Закончил 6 классов. В 8-летнем возрасте перенес сыпной тиф. Никогда не курил. Алкоголь также никогда не употреблял.

Рост 130 см, масса 29,5 кг. Растительность на лице, в подмышечных впадинах и на лобке полностью отсутствует (рис. 36). Половой член недоразвит, конической формы, длиной около 3,5 см, наибольший диаметр около 1,5 см. Головка закрыта незалупной (фимоз) крайней плотью. В мошонке прощупываются лишь мягкие жироподобные образования около 0,5 см в диаметре. Простата недоразвита.

Артериальное давление 70/45 мм рт. ст. Острота зрения: справа 1,0, слева 0,03. Концентрическое сужение полей зрения, более выраженное слева (рис. 37). Глазное дно: диски зрительных нервов небольшие, резко бледны, контуры их четкие, сосуды резко сужены, извиты. Частичная атрофия зрительного нерва.

Голос тонкий, детский, но артикуляция звуков и слов правильная, без искажений, характерных для детского возраста. Интеллект соответствует возрасту 13—14 лет.

Рентгенограмма черепа (профиль): спинка турецкого седла разрушена, над входом и во входе в турецкое седло гнездные обызвествления. Бугорок турецкого седла несколько сглажен. Пальцевые вдавления частично усилены.

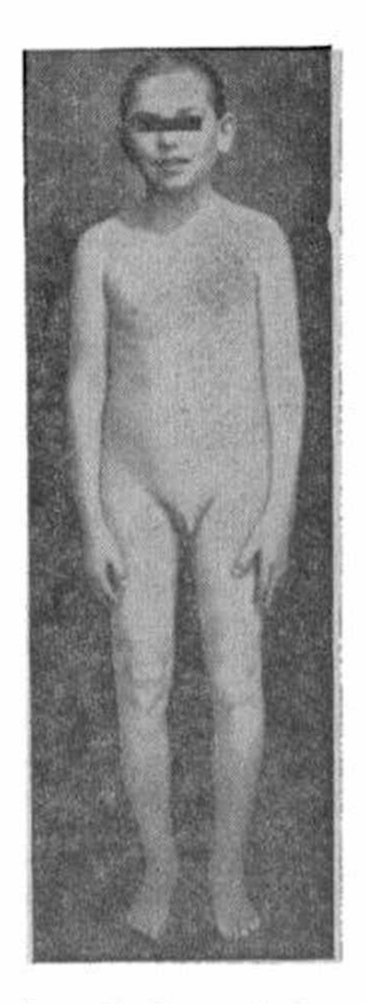


Рис. 36. Больной См. (наблюдение 9).

З а к л ю ч е н и е: Краниофарингеома. Гипофизарный инфантилизм. Вторичная аплазия яичек. Синдром нейрогуморальной импотенции.

При том грубом поражении с гипофизарной локализацией, которое развивается у этого больного в предпубертатном возрасте, прежде всего выделяется ряд соматических симптомов сексологического характера: ранняя остановка роста (без периода вторичного вытяжения), редукция целого ряда вторичных половых признаков (выпадение фазы ломки голоса, отсутствие оволосения на лице, в подмышечных впадинах и на лобке), недоразвитие полового члена, аплазия яичек, недоразвитие простаты. Наряду с этим бросается в глаза полное непонимание вопросов сексологического анамнеза, резко выступающее даже на фоне общего интеллектуального отставания; в этом отношении чрезвычайно характерно его определение разницы между мужчиной и женщиной — при своей формально-логической адекватности оно не может не вызвать ассоциацию с ответом девочки из новеллы «Наивность» Бальзака (чтобы узнать, кто Адам и кто Ева, их нужно одеть). Это — яркий пример остановки полового сознания на поня-

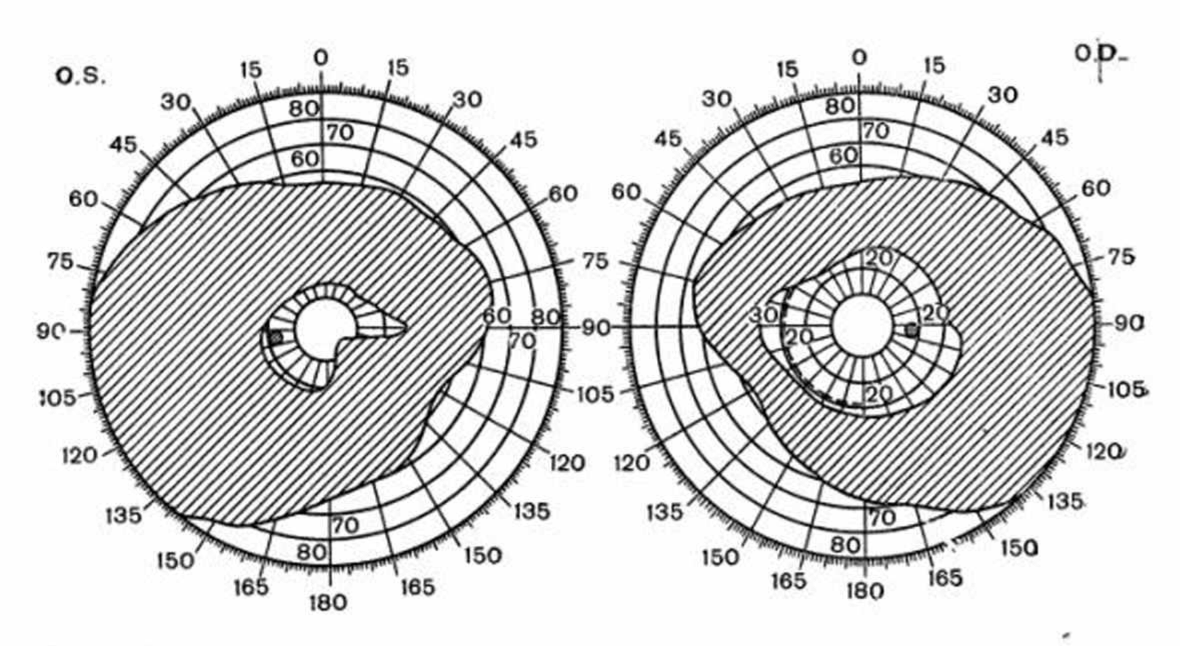


Рис. 37. Поля зрения больного См. (наблюдение 9).

тийной стадии. Хотя формально-логически он разницу между полами осознает, никакого эмоционального подтекста, никакой аффективности в отношении к противоположному полу у больного нет. Столь же безаффектны и имеющиеся у него спонтанные эрекции.

В противоположность всем предыдущим наблюдениям основное сексопатологическое ядро данного больного заключается в *глубоком и раннем выпадении либидо при сохраненных эрекциях*. Наличие эрекций хотя бы и в зачаточной форме при той тяжести поражения, которая обусловлена ранним началом, вовлечением ведущего нейроэндокринного отдела (гипоталамо-гипофизарная область), вторичным нарушением развития подчиненных эндокринных желез (в частности, полной аплазией яичек), с несомненностью свидетельствует о том, что при анатомической сохранности дуги эрекционного рефлекса эрекции возможны и при полном отсутствии стимулирующих гуморальных влияний. Раннее начало заболевания, обусловившее невозможность формирования психической составляющей, той интегральной анатомо-физиологической констелляции, которая регулирует половое поведение, исключило возможность какой бы то ни было компенсации со стороны корковых условнорефлекторных комплексов половой сферы, как это имело место у К. (наблюдение 8) и Кв. (наблюдение 7).

Если во всех предыдущих наблюдениях имелись главным образом количественные изменения, выражавшиеся в патологическом усилении, ослаблении или полном выпадении эротизирующих нейрогуморальных влияний, вызывавших патологические изменения в протекании эрекций, в силе половых ощущений, скорости наступления эякуляций (чрезвычайно

облегченных, вплоть до появления дневной поллюции у Л. и замедленных у К. и Кв.), а также вносивших (опять-таки вторично) разлад в функции коры головного мозга (у Л. и С.) или же порождавших повышенные требования к корковым половым условнорефлекторным комплексам, то следующее наблюдение демонстрирует патологию первичной качественной направленности корковых сексуальных комплексов.

Наблюдение 10. Ях., 38 лет, никогда не живший половой жизнью и за три недели до обращения к нам женившийся, оказался несостоятельным в половом отношении. Сношение не удавалось потому, что ласки жены ни разу не смогли вызвать эрекций. Наряду с этим при посещении туалета возникали очень сильные эрекции. Нередко бывали и утренние эрекции, и пациент пытался иметь сношения утром, но с тех пор как он стал подстерегать появление утренних эрекций, они также прекратились.

Поллюции возникли с 15 лет. После первой же поллюции начал мастурбировать, желая вновь вызвать испытанное при поллюции ощущение. Отмечает, что первые 1—1$^1/_2$ года при мастурбации вызывал иногда в воображении женский образ, затем же в течение 20 с лишним лет онанировал механически, без участия фантазии. Онанировать приходилось чаще всего в уборных. Отмечает, что до последнего времени специфический запах уборной, звук льющейся воды, блестящие унитазы, вид кафельных полов, а также вид обнаженной от крайней плоти головки члена вызывают сильное желание мастурбировать, сопровождающееся выраженными эрекциями.

Больной обратился к нам за советом после непродолжительного лечения у «знаменитого гипнотизера». Сон, по его рассказу, был поверхностным, внушавшиеся эрекции не появлялись, и после третьего сеанса попытки гипнотического лечения были прекращены. Считая случай малообнадеживающим и рассматривая его скорее как жестокий, но поучительный урок природы, мы все же посоветовали пациенту отказаться на неделю или две от всяких попыток полового сближения и подготовить в этом отношении жену (аргументировав это необходимостью отдыха, дабы освободиться от явлений неврастении), но в то же время систематически 1—2 раза в неделю брать для гигиенических помывок отдельный номер в бане и посещать его с женой, опять-таки не делая никаких попыток к сближению. Было рекомендовано вести себя по отношению к жене так, чтобы она верила, что это только обычное гигиеническое посещение бани.

При первом же посещении бани у Ях. появилась столь сильная эрекция, что он нарушил намеченную установку, хотя жена вначале не вызывала в нем сексуального возбуждения и зачатки его появились лишь перед наступлением эякуляции. На следующие сутки Ях. удалось использовать для сношения утреннюю эрекцию. Именно использовать, ибо лишь с течением времени ласки жены и даже просто ощущение ее тела стали вызывать сладострастное ощущение, за которым следовали эрекции. При первых сношениях, наоборот, эрекции возникали почти без либидинозных ощущений и последние появлялись только с началом фрикций.

Год спустя, будучи в командировке, Ях. имел ночные поллюции, сопровождавшиеся эротическими сновидениями, в которых фигурировала женщина.

Заключение: нарушение сексуальных условнорефлекторных комплексов (вследствие их порочного формирования в результате длительного онанизма).

Если у больных Л. и С. (наблюдения 5, 6) имело место значительное повышение либидо в период пубертатной гиперсек-

суальности, у Кв. и К. (наблюдения 7, 8) возрастное снижение его (провоцированное у больного К. еще и посторонней вредностью), а у См. (наблюдение 9) полное отсутствие либидо вследствие раннего поражения гипоталамо-гипофизарной области, то в последнем наблюдении (Ях.) интенсивность либидо не изменена и вся патология обусловлена лишь неадекватной его направленностью.

Для понимания значения приведенного наблюдения следует вспомнить опыты И. С. Цитовича, о которых И. П. Павлов в своих «Лекциях о работе больших полушарий головного мозга» пишет: «Мы показываем животному еду, и вы видите, что через 5 секунд началось слюноотделение... И это также сигнализация, т. е. дело больших полушарий; образовалась она в течение индивидуального существования животного, а не есть прирожденная реакция... Доктор И. С. Цитович взял от матки щенков и кормил их только одним молоком в течение довольно продолжительного времени. Когда щенкам было несколько месяцев, он вывел им наружу слюнные протоки, так что мог следить за отделением слюны. Когда он этим щенкам показывал другую еду, кроме молока, именно хлеб и мясо, то никакого слюноотделения не было. Следовательно, сам по себе вид еды не есть возбудитель слюнной реакции, не есть такой агент, который до рождения связан с ней. И только тогда, когда эти щенки несколько раз поели хлеба и мяса, только тогда и один вид хлеба и мяса стал гнать слюну» [178].

Что же касается полового инстинкта, говорит В. М. Бехтерев, «характеризующегося половым возбуждением, обусловливающим потребность освобождения от накопившихся продуктов деятельности половых желез, то и здесь мы встречаемся первоначально с безразличным отношением к другому полу. Лишь индивидуальный опыт приводит к нормальному спариванию, которое и устанавливается благодаря жизненным условиям и связанным с ними воспитанием, т. е. прививанием соответствующих сочетательных рефлексов» [24].

Взаимоотношения либидо и психики в приведенных наблюдениях представлены в табл. 4.

Как видно из приведенной таблицы, повышение либидо в периоде пубертатной гиперсексуальности сенсибилизирует все те отделы коры, которые могут быть связаны с половой сферой (Л.), и тем самым способствует формированию функциональных половых условнорефлекторных комплексов. В свою очередь эти комплексы могут в последующем компенсировать снижение либидо (Кв. и К.) и определять его направленность (Ях.). В то же время четко видна и граница между нейрогуморальным компонентом либидо и его психической частью, анатомофизиологическим субстратом которой являются корковые условнорефлекторные комплексы. Поэтому, в противоположность взглядам, связывающим либидо исключительно с

Таблица 4

Взаимоотношения либидо и психики

Больной	Либидо	Психика
Л. (5)* С. (6)	Повышено	Чрезмерная фиксация психики в эротической сфере (половая доминанта)
Кв. (7) К. (8)	Снижено и утратило свою витальную окраску	Компенсаторное замещение ослабленной нейрогуморальной стимуляции
См. (9)	Отсутствует	Корковые условнорефлекторные комплексы половой сферы не формируются
Ях. (10)	По силе не изменено. В качественном отношении патологически извращено (направлено на неадекватные объекты)	1. В прошлом — патологическое формирование корковых условнорефлекторных комплексов полового характера 2. В период лечения — активная перестройка этих комплексов (торможение неадекватных условных раздражителей и выработка адекватных условных связей) (см. рис. 35)

* Цифры в скобках указывают порядковый номер наблюдения.

подкорковыми образованиями (прежде всего с межуточным мозгом), в либидо следует различать его нейрогуморальный и корковый компоненты. Их не всегда легко отделить в конкретных клинических наблюдениях, но когда они отдифференцированы, разделение это в значительной мере увеличивает возможность эффективного лечебного воздействия, показывая, какие компоненты поражены первично и за счет каких возможно добиться компенсации. Например, В. М. Бехтереву [23], К. И. Платонову [183] и др. удавалось гипнотическим внушением изменить направленность либидо.

Таким образом, в широком смысле понятие либидо включает в себя так называемый энергетический (нейрогуморальный) компонент, который после периода юношеской гиперсексуальности обычно проявляется как общий фон, не имеющий специфической сексуальной окраски и воспринимаемый как состояние психофизиологического комфорта, и половую доминанту. Последняя обусловливает специфическую сексуально-эротическую окраску либидо, переключая внимание на сексуальный объект. И если энергетический компонент связан с функционированием врожденных, анатомо-физиологических, комплексов, то половая доминанта представляет феномен системный, интегрирующий в нерасторжимое единство и врожденные и индивидуально приобретенные (кортикальные, ус-

ловнорефлекторные, сочетательные) механизмы: «...за половою доминантою скрывается возбуждение центров и в коре, и в подкорковых аппаратах, и в продолговатом мозгу, и в поясничных отделах спинного мозга, и в секреторной, и в сосудистой системе» [252]. Таким образом, в либидо наряду с нейрогуморальным (энергетическим) компонентом следует выделять неразрывно с этим последним связанный корковый (условнорефлекторный) компонент [49]. Двойственная природа либидо, взаимодействие его нейрогуморального и коркового компонентов обусловливают значительные колебания его интенсивности при половом воздержании и под влиянием всякого рода чисто ситуационных моментов.

Некоторые экспериментальные модели либидо

Чрезвычайная сложность природы полового влечения, включающего широкий круг явлений, от самых элементарных, машинообразных рефлексов, протекающих на уровне тазовых сегментов, до тончайших воздействий внешней среды, заставляла исследователей привлекать для его изучения все доступные методы, от биографическо-монографических описаний и клинических наблюдений до физиологического и психологического экспериментов. Ниже будут изложены некоторые экспериментальные данные, которые способствовали формированию современных научных взглядов на системную природу либидо.

Феномен Тарханова. «С появлением первых теплых весенних дней наступает, как известно, и весьма горячая половая жизнь у лягушек; в пору любви самцы этих животных, побуждаемые половым инстинктом, приближаются к самкам, обхватывают их своими передними лапками и судорожно держат их в этом положении в течение нескольких дней. Самец выжидает в таком положении момента выхода яиц из заднепроходного отверстия самки и тут же оплодотворяет их выбрасываемой им семенной жидкостью. По выведении самкой всех яиц заканчивается, по-видимому, половой акт самца и он, сходя с самки, освобождает ее совсем и уже к ней более не возвращается».

Так начинается работа выдающегося отечественного физиолога И. Р. Тарханова [242]. Акт совокупления у лягушек длится 4—10 дней. Приведя эксперименты своих предшественников Spalanzani (1786) и Goltz (1865, 1869), которые показали, что в период спаривания у самца можно отрезать голову или перерезать на определенных уровнях спинной мозг и даже сделать то и другое одновременно, без того чтобы акт совокупления прекратился, а также показавших, что самцы, «разведенные от самок путем пережигания или отрезывания целых конечностей, через короткий промежуток времени вновь сближаются с самками и обхватывают их», И. Р. Тарханов задается вопросом — «в чем заключается „сущность“ толчков, ис-

ходящих от самки и вызывающих в самце половое влечение?» Из опытов Гольтца было известно, что разрушение головного и спинного мозга у самок, обездвиживание их путем хлороформирования и кураризации, вырезывание яичников, сдирание кожи со спины и т. п. не оказывали отрицательного воздействия на рефлекс обхватывания у самцов, тогда как самцы с искусственно набитым брюхом или зашитые в кожу самки всегда отталкивались самцом. Все это заставило Гольтца прийти к заключению, что каждая часть тела самки в пору любви оказывает притягательное действие на самцов, приводящее их в половое возбуждение. Для выяснения же вопроса, через посредство каких органов чувств самца передается ему это притягательное действие самки, у самцов путем перерезок исключалась деятельность тех или других органов чувств — слуха, зрения, обоняния — и наблюдалось, при каких условиях в самцах исчезает половое влечение и при каких нет. Из опытов этого рода оказалось, что самцы при своем влечении к самкам «руководятся не одним каким-либо специальным органом чувства, а всеми чувствующими аппаратами».

В связи с вопросом об источнике импульсов, питающих рефлекс обхватывания и поддерживающих в соответствующих мышечных группах и управляющих ими двигательных центрах продолжительные тонические разряды, представлялась крайне вероятной мысль, что эти влияния исходят из яичек. Гольтц вырезал яички у самцов-лягушек во время совокупления и, к удивлению своему, нашел, что подобная операция не только не обусловливает разлучения пар, но что изувеченные таким образом животные «при первой возможности сближаются с самками и обхватывают их подобно нормальным самцам».

И. Р. Тарханов, повторив опыты своих предшественников и подтвердив их выводы, отметил, что «различные самцы в период половой жизни относятся не одинаково страстно к самкам; так, одни из них с гораздо меньшим усилием могут быть разъединены от самок и, будучи насильственно разлучены, относятся к этим последним гораздо более вяло и индифферентно, нежели другие самцы, отличающиеся в обоих отношениях крайней горячностью».

В первой фазе собственных экспериментов И. Р. Тарханов удалял у самцов, находящихся в периоде совокупления, различные внутренние органы и установил, что удаление сердца, легких, печени, селезенки, желудка, тонких кишок или почек вовсе не прекращает ни акта совокупления, ни самого полового влечения. Подобный результат был получен и при удалении обоих яичек.

В ходе первой фазы эксперимента внимание И. Р. Тарханова привлекли два мешковидных расширения, лежащих глубоко в самой нижней части брюшной полости, в области таза по бокам и кзади от прямой кишки. Пузырчатые расширения эти

с довольно плотными стенками, с резким беловатым оттенком представляют семенные пузырьки, служащие резервуарами для скопления притекающего к ним сверху семени. Размеры этих пузырьков у различных самцов лягушек варьировали по величине, начиная от чечевичного зерна и до размеров тутовой ягоды. Стенки этих пузырьков представлялись крайне растяжимыми, из чего И. Р. Тарханов заключил, что различный объем этих пузырьков обусловливается большим или меньшим содержанием в них семени. Из семенных пузырьков, переполненных семенем, после надреза их стенок удавалось получить от 6 до 10 крупных капель семени с большим количеством энергично двигающихся «семенных живчиков». В то время как вырезывание других внутренних органов никак не сказывалось на половом поведении самцов, искусственное опорожнение семенных пузырьков обусловливало в большинстве случаев быстрое расторжение пар, причем разъединенные самцы относились к животным другого пола совершенно индифферентно и не обнаруживали вслед за этой операцией никаких признаков полового влечения в течение двух или более суток.

В результате И. Р. Тарханов сделал естественное допущение, что «семенные пузырьки и суть по преимуществу органы, в которых в периоде половой жизни лягушек возникают центростремительные импульсы, повышающие возбудимость нервных элементов полового аппарата этих животных».

И. Р. Тарханов установил, что индивидуальные различия между самцами «страстными» и «индифферентными» коррелируют со степенью заполнения семенных пузырьков: «Очевидно, что степень полового влечения у самцов лягушек и сила полового обхватывания находятся в зависимости от степени переполнения семенных пузырьков семенем, которое, растягивая стенки этих органов и возбуждая окончания в них центростремительных нервов, приводит в усиленную рефлекторную деятельность все звенья полового механизма у самцов лягушек».

В заключительной фазе эксперимента И. Р. Тарханов после предварительного опорожнения искусственно растягивал семенные пузырьки инъекцией в их полость индифферентной жидкости (молока или воды) и наблюдал при этом, как «лягушка, бывшая перед тем крайне индифферентной в половом отношении, после операции начинает обнаруживать признаки полового влечения».

В связи с этим И. Р. Тарханов высказывает следующее предположение: «Не играют ли семенные пузырьки и у млекопитающих животных какой-нибудь выдающейся роли в половой жизни, кроме той, которая признается уже за ними как за простыми резервуарами для семени, и не служат ли эти органы и у этих животных при растяжении их семенем или каким-

нибудь другим секретом исходной точкой особых центростремительных импульсов, приводящих в отраженную деятельность различные звенья сложного полового механизма?»

Эксперименты, проведенные в 1963 г. Бичем и Уилсоном, показали, что на крыс действие феномена Тарханова не распространяется [308]. Что же касается человека, то клинические наблюдения над динамикой спонтанных подъемов половой возбудимости у мужчин дают основания предполагать, что изученный И. Р. Тархановым феномен у человека выражен и определяется интенсивностью заполнения семенных пузырьков секретами вспомогательных желез (главным образом самих семенных пузырьков и простаты).

Опыты Харлоу с сотрудниками. В противоположность психоаналитической концепции либидо, согласно которой психические механизмы, обеспечивающие гетеросексуальную направленность полового влечения, формируются аутохтонно, а внешние воздействия лишь задерживают это развитие или приводят к регрессии, отбрасывая индивидуум к ранним, более примитивным стадиям (орально-каннибалистской, анально-садистической и т. п.), Гарри и Маргарет Харлоу из лаборатории по изучению поведения приматов (Висконсинский университет) показали, что формирование у макак-резусов поведенческих навыков, завершающихся способностью к нормальному спариванию, требует активных воздействий определенных факторов внешней среды, что факторы эти имеют социальный характер и что исключение этих социальных факторов приводит к грубой инвалидизации особи.

Если опыты И. Р. Тарханова на самцах лягушек обнажили роль и значение соматического компонента либидо, то эксперименты Харлоу с сотр. [375—381] без преувеличения можно назвать исследованиями по моделированию любви.

Поводом к проведению экспериментов послужило наблюдение, очень далекое от сексуальной сферы. Изучая развитие способностей к научению, Харлоу изолировал молодых обезьян от взрослых, с тем чтобы исключить влияние последних на формирование навыков. Детенышей отнимали от матерей через несколько часов после рождения и держали в индивидуальных клетках. Сравнивая затем животных, полностью изолированных в течение 3, 6 и 12 мес, исследователи установили факт инвалидизации, углублявшейся пропорционально длительности пребывания в одиночестве. Если обезьяны, изолированные на 3 мес, будучи выпущены в вольеру, проявляли признаки сильнейших эмоциональных расстройств, но все же в конце концов адаптировались к жизни среди сородичей, то обезьяны, изолированные на 6 мес и выпущенные к сверстникам, уже не могли оправиться до конца своей жизни: они сидели, сжавшись в комок, обхватив себя руками и раскачиваясь, полностью уйдя в себя. За 8 последующих месяцев они

так и не смогли войти в контакт со своими нормальными ровесниками, и лишь немногие иногда проявляли интерес друг к другу и пытались вступить в игру между собой. Что же касается 12-месячной полной изоляции, то у таких животных полностью отсутствовали какие бы то ни было зачатки исследовательской или игровой активности. Через 10 нед пришлось прекратить наблюдения над содержанием этих животных в общем вольере, так как нормальные обезьяны буквально разрывали 12-месячных изолянтов на части, а те не делали никаких попыток защищаться. Бросающиеся в глаза различия отмечены в мастурбаторной практике этих животных: в группе 6-месячных изолянтов мастурбация, хотя и была редкой, все же наблюдалась, а у 12-месячных изолянтов она практически отсутствовала, в то время как в контрольной группе отмечалась частая и регулярная мастурбация.

С указанными наблюдениями ассоциировались наблюдения над другой серией животных, которые с момента рождения содержались в отдельных клетках, могли видеть и слышать друг друга, но не имели физического контакта. Эта форма изоляции была обозначена как «частичная социальная изоляция». По окончании опытов по «интеллектуальному» научению животные этой группы, достигшие физической зрелости, были переведены в стадо производителей. «И вот тут-то мы заметили, что с ними творится что-то неладное... проходили недели, месяцы, а эти животные не спаривались... И тогда мы поняли, что вырастили стадо обезьян, ненормальных в половом отношении».

Почему же даже частичная социальная изоляция, которая кажется сравнительно мягким видом воздействия, сказывается на поведении животного столь разрушительно? Обезьяна, воспитывающаяся в частичной социальной изоляции, не знает материнской любви. Поскольку она живет в клетке, у нее не может возникнуть чувство привязанности к сверстникам, которое для своего развития требует физического общения с другими молодыми обезьянами. И, наконец, в условиях проволочной клетки не формируются адекватные проявления полового влечения (рис. 38).

Часть самок, воспитывавшихся в полной изоляции, были затем искусственно оплодотворены, и тогда Харлоу с сотр. обнаружили, что ими создан новый вид животного, который получил у них название «безмамной мамы». Такая обезьяна-мать, выросшая без матери и не знавшая материнской любви, и сама не испытывала любви к своим детям. Многие подобные обезьяны-матери не обращали на своих детенышей никакого внимания, но были и такие, которые обращались с ними необычайно жестоко — придавливали малыша лицом к полу, откусывали у него пальцы и кисти, а одна из них даже вложила голову младенца себе в рот и раскусила ее.

На основании этих фактов Харлоу с сотр. пришли к выводу, что для нормального становления основных форм социального и полового взаимодействия между отдельными взрослыми обезьянами необходимо начиная с младенчества обеспечить им специфическое эмоциональное воздействие, носителем которого на самых ранних стадиях онтогенеза является мать.



Рис. 38. Молодой самец макаки резус, пытающийся овладеть самкой [378].

Для выяснения компонентов, наиболее важных для нормального психофизиологического формирования особи, были сконструированы различные типы суррогатных заменителей матери, одни из которых обеспечивали детенышу ощущение комфорта, вызываемое прикосновением к телу «искусственной» матери, другие — удовольствие от сосания или чувство насыщения. В подавляющем большинстве случаев младенцы предпочитали тряпочных матерей, не кормивших их молоком, проволочным суррогатам, дававшим молоко. С тех пор фотографии маленьких обезьянок, доверчиво прижимающихся к мягкой искусственной матери (рис. 39, а), обошли весь мир, наглядно продемонстрировав, что чувство комфорта, возникающее у обезьяньего детеныша при прикосновении к матери, и есть тот главный фактор, та главная побудительная сила, которая привязывает его к ней. Наблюдая за поведением малышей в изолированной комнате, исследователи установили основное свойство тряпочной матери — способность вселять в младенцев чувства безопасности и уверенности. Если детеныша сажали в изолированную комнату с игрушками, но без тряпочной матери (или с проволочным суррогатом, дающим молоко), то он обычно свертывался в комочек и визжал от страха (рис. 40). Стоило, однако, внести туда же тряпочную мать, как малыш поспешно ковылял к ней и вцеплялся в нее изо всех сил. Как только страх его проходил, детеныш начинал обследовать окружающую обстановку и играть (рис. 41), время от времени возвращаясь к своей неживой матери, чтобы потрогать или крепко обнять ее и тем ослабить свое чувство страха и неуверенности (рис. 42).



Рис. 39. Обезьянка, прижимающаяся к тряпичной маме (а) и к упрощенному суррогату (б) [381].

Сравнивая искусственных матерей с настоящими, исследователи пришли к выводу, что настоящие матери, разумеется, лучше: «Тряпочная мать может снабжать детеныша молоком, но не из такой удобной посуды, как живая. Настоящая мать не дает малышу сосать после того, как он насытился, тогда как никакая искусственная мать не может остановить бесполезное сосание. Настоящая мать приучает детеныша помещать фекалии в одно место..., учит своего младенца понимать жесты и голосовые сигналы других обезьян. Настоящая мать подвижна и реагирует на все нужды младенца..., а суррогатная может лишь пассивно все принимать.

Позднее мать играет активную роль в отторжении младенца от себя... и это наталкивает его... на обследование окружающей... среды. Наконец (и это особенно важно для развития будущей способности к общению со сверстниками), настоящая мать с гораздо большим успехом... может регулировать первые младенческие игры».

Обобщая свои наблюдения, Харлоу с сотр. пришли к выводу, что основой формирования многих типов социального и полового взаимодействия является любовь, которая у макак-резусов развивается путем последовательной смены и взаимодействия главных видов, или «систем», любви, к которым относятся материнская любовь, любовь младенца к матери, любовь к сверстникам, гетеросексуальная любовь, отцовская любовь.

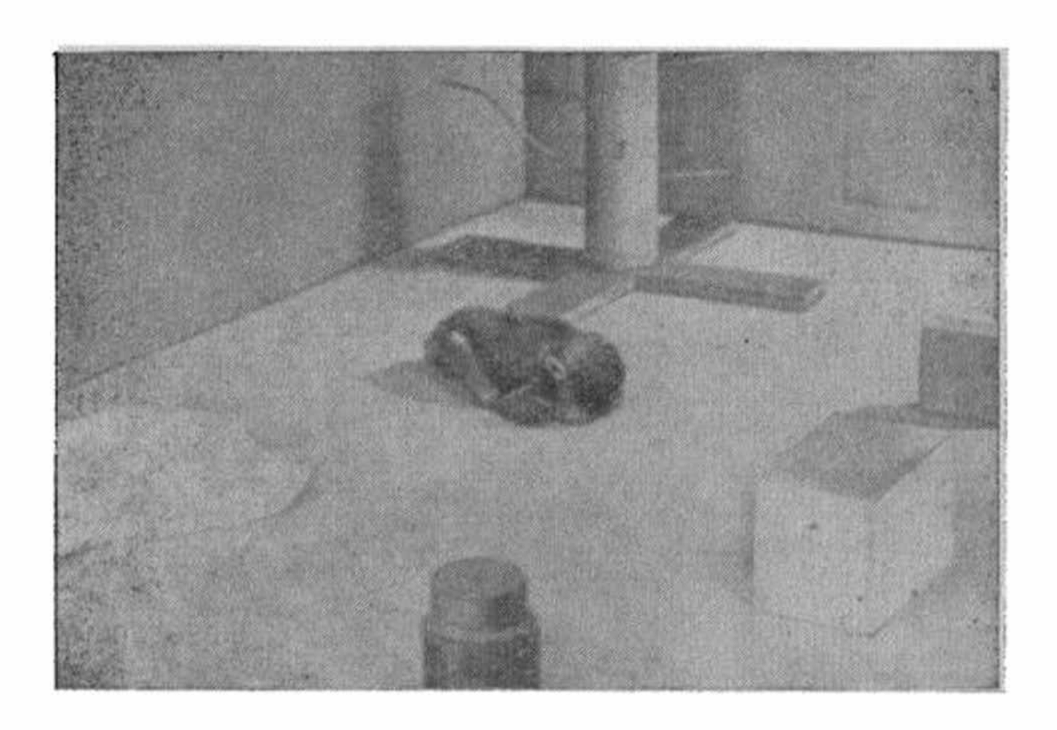


Рис. 40. Отчаяние детеныша, оказавшегося в полной социальной изоляции [381].

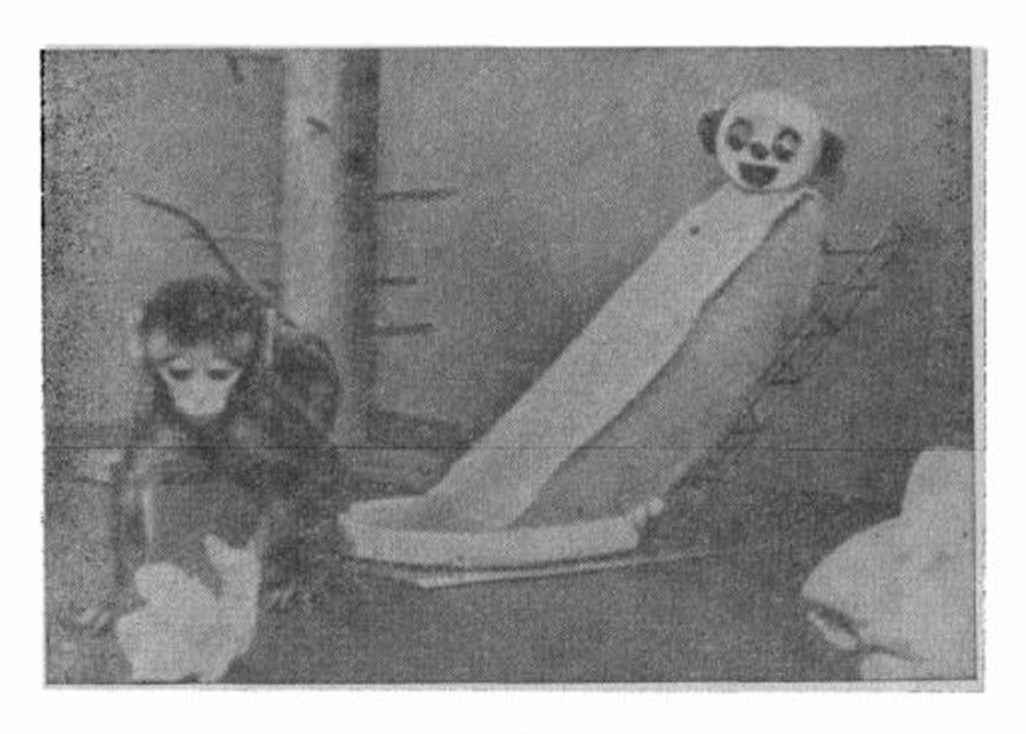


Рис. 41. В присутствии искусственной матери обезьянка чувствует себя в полной безопасности [381].

Важная функция материнской любви — направлять игру малышей так, чтобы они успешно играли вместе, а не порознь. Таким образом, материнская любовь оказывается этапом в развитии любви к сверстникам, которую висконсинские исследователи считают самым важным видом любви с точки зрения ее роли на протяжении всей жизни животно-

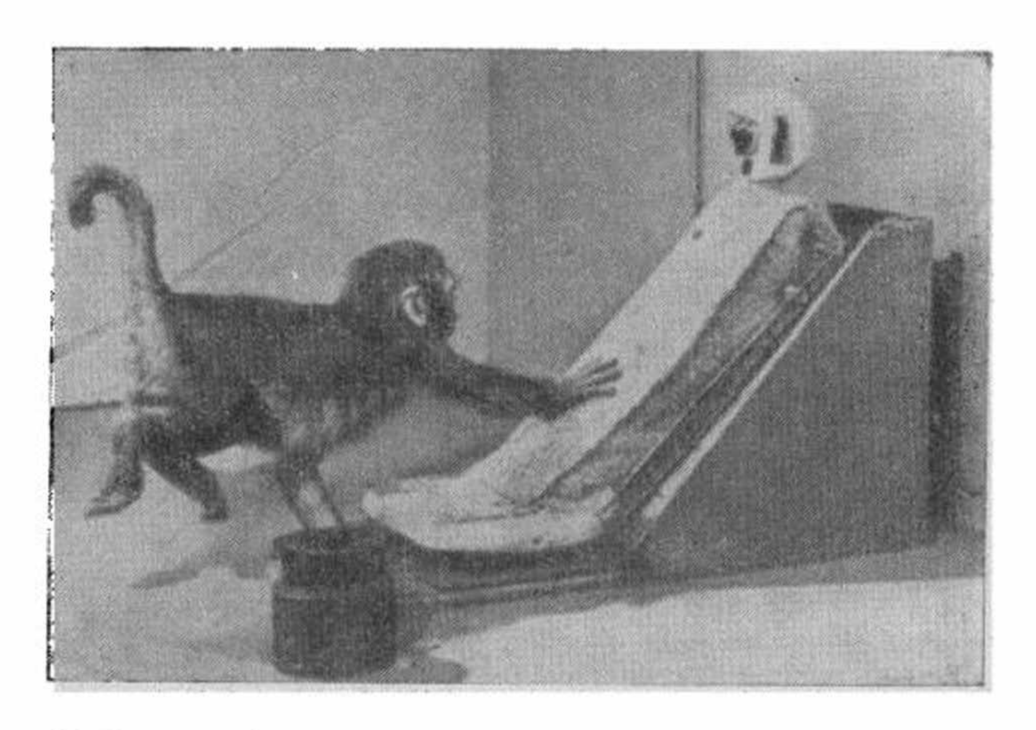


Рис. 42. Играя, обезьянка время от времени притрагивается к искусственной матери, чтобы прогнать страх и обрести уверенность [381].

го. Возникая на основе любопытства и исследовательской деятельности и развиваясь затем в процессе игр, общение со сверстниками способствует формированию привязанности к товарищам, развитию основных социальных ролей, торможению агрессивности и созреванию полового чувства.

Гетеросексуальная любовь в свою очередь развивается из любви к сверстникам.

У разных семейств животных гетеросексуальная любовь различается по форме и функциям. «Если это крыса и ее половая жизнь определяется эндокринной системой — все очень просто. Но если перед вами обезьяна... или человек, а гетеросексуальное поведение и здесь реализуется главным образом гонадами — тогда дело плохо... У приматов половая жизнь без предшествующей и сопровождающей ее любви искажается и нарушается» [381].

Становление полового сознания человека как одна из сторон формирования личности

Как известно, человека от его ближайших сородичей по эволюционной иерархии отличает ряд качественных прибавок, прежде всего способность к абстрактному мышлению с его языковой формой. Это привело в конечном счете к формированию человеком упорядоченного представления как об окружающем мире, так и о своем собственном месте в нем. Подобно тому как мореплаватель рисковал бы потеряться в оке-

ане, если бы он не ориентировался по системе координат, обозначенных широтой и долготой, человек был бы раздавлен бесконечным разнообразием окружающего мира, если бы не удивительная способность человеческого мозга создавать в сознании обобщенную модель этого мира. Отличаясь глобальной универсальностью и устойчивостью, модель эта крайне динамична: в зависимости от конкретных жизненных задач, решаемых в данный момент, фокусировка сознания беспрерывно меняется — главное с точки зрения переживаемой ситуации прорисовывается четко, вступает в круг ясного ви́дения, а второстепенное оттесняется на периферию сознания. Благодаря этому свойству человеческого сознания решение любой, даже самой, казалось бы, незначительной, задачи человек осуществляет с позиций своего тотального представления об окружающем мире. И хотя в ходе индивидуального развития каждый человек формирует свое представление о мире начиная с «нулевой отметки», на этот процесс влияют семейный, национальный и общечеловеческий опыт.

В современной психологии сознание определяется как отражение действительности и целенаправленное регулирование отношения личности с окружающим миром, прежде всего — с другими людьми. Одним из аспектов зрелого сознания личности является половое сознание, под которым следует понимать осознание человеком себя самого как носителя определенного пола, а также выработку системы эмоционально-этических установок (в понимании Д. Н. Узнадзе и Л. С. Выготского), регламентирующих сексуальное поведение.

В динамике становления полового сознания у мужчин можно выделить следующие 4 стадии:

1. *Понятийная* характеризуется тем, что здесь еще нет специфической чувственной окраски и представления о половых различиях покоятся на нейтральном эмоциональном фоне. Ребенок, овладев способностью идентифицировать конкретные предметы и существа окружающего мира, начинает затем сближать отдельные конкретные образы (представления) по признакам сходства, конструируя таким путем упорядоченные ряды минимального объема, представляющие первый, нуклеарный, зачаток простейшей логической системы (основанной на элементарном обобщении представлений в понятия): большое — малое, близкое — далекое, можно — нельзя и т. д. По Ж. Пиаже [474], первый этап понятийного мышления характеризуется формированием примитивных умозаключений, вытекающих не из дедукции, а из аналогий. На какой-то стадии отработки этих двухкомпонентных рядов ребенок осознает, что его товарищи по играм разделяются на мальчиков и девочек, причем роль основных критериев для отделения мальчиков от девочек на первых этапах играют короткая стрижка и форма одежды (в новелле Бальзака «Наивность» ребенок не мо-

жет отличить на картине Адама от Евы, потому что они не одеты).

2. *Романтическая* (или *платоническая)* характеризуется наличием выраженного эмоционального компонента, имеющего возвышенный, романтический характер. Эта возвышенность отражается и в тех эротических фантазиях, которые типичны для этой стадии; почвой для подобных фантазий обычно служат сцены из прочитанных книг — мальчику представляется, что овладевшая его мыслями девочка попала в затруднительное положение, и он, как рыцарь, выручает ее из этого затруднительного положения; при этом ни одна нечистая мысль по отношению к ней не приходит ему в голову.

Классический образец романтической стадии полового сознания можно найти в «Новой жизни» Данте, представляющей поэтическое описание чувств, испытываемых автором к боготворимой им Беатриче.

Характерно, что в этом периоде специфически окрашенного интереса к противоположному полу, в частности в генитальной области, еще нет. Он даже менее выражен, чем в стадии понятийной, где разница в физической стороне гениталий по крайней мере возбуждает любопытство. Даже так называемые сексуальные игры в этой стадии еще асексуальны, и в центре действия обычно находится нейтральная ситуация (дети играют в школу, в поезд и т. п.). На этом этапе элементарное представление об окружающем мире и своем месте в этом мире, которое складывается в стадии понятийной, претерпевает определенное поступательное развитие, усложняется за счет выработки системы внутренних (интернализованных, по Л. С. Выготскому) оценок. Если на первых этапах восприятия мира ребенок воспринимает его как открытую систему, то затем начинается период запретов и поощрений, в результате чего формируется система оценок, на основе которой затем строится морально-этический кодекс личности. При этом чрезвычайно характерно, что эта система оценок, во-первых, глубоко эмоциональна и, во-вторых, формируется не как нечто навязанное извне, а как система внутренняя, как собственное отношение данной личности к явлениям окружающего мира. Отсюда столь частое ощущение безысходного трагизма и непоколебимая убежденность каждого влюбленного, что он — первый и единственный человек, переживающий подобные чувства.

Значение платонической стадии очень велико: именно платонический компонент возвышает физиологический инстинкт до истинно человеческой Любви. При редукции платонического компонента возникает опасность соскальзывания в примитивную похоть.

Характерные черты платонической стадии — высокий накал чувств с элементами сладостного трагизма, убежденность в не-

повторимости и вечности переживаемого, самоотречение и жертвенность — очень красочно переданы польским писателем Станиславом Лемом в романе «Магелланово облако». Молодой человек, когда ему становится ясно, что любимая девушка не может разделить его чувств, ни на что не претендуя, высказывает такие слова: «Я знаю: то, что я ощущаю, для тебя бесполезно. Но наступит время, когда у тебя будет многое позади, а впереди останется мало, и ты, возможно, будешь искать в воспоминаниях какую-то опору. И ты будешь совсем другой, и все будет другим, и я не знаю, где я буду, но это не имеет значения. Подумай тогда, что мое звездоплавание, так же как мои сны, мой голос и мои заботы, мысли, еще неизвестные мне, мое нетерпение и моя робость — все это могло быть твоим, и ты могла приобрести целый мир. И, когда ты подумаешь так, будет неважно, что ты не сумела или не захотела этого. Важно будет лишь то, что ты была моей слабостью и силой, потерянным и найденным светом, темнотой, болью — то есть жизнью...»

В той же главе, нарисовав сцену, в которой врачи обсуждают судьбу пациента, писатель, невольно противопоставляя основные черты понятийной и платонической стадии, показывает всю тщетность усилий понять состояние влюбленного с позиций чисто понятийных. В комнату врачей входит мальчик, который, услыхав, что единственным уцелевшим воспоминанием пилота является история его неразделенной любви, реагирует на эту по-своему:

«Ага, безответная любовь.— Мальчик склонил голову и, немного помолчав, сказал с оттенком осуждения в голосе: — Да, безответная любовь, конечно, бывает. Я читал об этом. Конечно, есть дела поважнее, но и это тоже бывает, я понимаю. В будущем, очевидно, такие случаи будут невозможны.

— Что ты имеешь в виду?

— Просто можно будет как-то изменить психику данного человека.

— Чтобы он разлюбил? — спросил из своего угла самым серьезным тоном Амета.

— Можно и так, но не обязательно. Ведь можно изменить психику и того, другого человека... Я читал где-то, что по желанию можно вызвать инстинкт материнской любви у животных, вводя им в организм соответствующие гормоны. Это происходит в результате воздействия химических элементов на кору головного мозга. С человеком, конечно, будет труднее, но все же принципиальной разницы нет...

— Это не так просто, дорогой Нильс.

— Почему?

— Ты, значит, кое-что об этом прочитал и уже составил свое мнение? У Архиопа есть комедия «Гость». В ней описано, как на Землю прибыл один очень интеллигентный марсианин, не

имеющий никакого понятия о том, что такое музыка. Он знакомится с нашей цивилизацией и, между прочим, попадает в концерт. «Что делают здесь люди?» — спрашивает он. «Слушают музыку». — «Что такое музыка?» Его проводники пытаются, как умеют, объяснить ему. «Не понимаю, — говорит им марсианин. — Ну хорошо, я сейчас изучу это сам». Ему показывают инструменты, он исследует их, обнаруживает в них различные клапаны, молоточки. Наконец доходит дело до барабана. Ему очень понравились большие размеры и геометрически правильная форма этого инструмента, он тщательно ощупал его и сказал: «Спасибо, теперь я уже знаю, что такое музыка, это очень интересно!» Ты, мой мальчик, пока знаешь о любви столько, сколько этот марсианин о музыке».

3. *Сексуальная* стадия протекает на фоне специфических эмоций низшего порядка, которые, возникнув в периоде полового созревания, испытывают затем постоянную стимуляцию продуктами внешней секреции (феномен Тарханова). Изменения, происходящие в пубертатном периоде, нередко достигают столь высокой напряженности, что выходят за физиологические рамки и порождают такие проявления юношеской гиперсексуальности, которые доминируют в сознании молодого человека (наблюдения 5 и 6) и сопровождаются рядом неконтролируемых и непроизвольных феноменов (спонтанные эрекции с выраженным половым возбуждением, мастурбаторные эксцессы), обусловливая глубокие конфликты между сложившейся системой морально-этических установок и оценкой собственного «Я».

Сексуальный голод периода юношеской гиперсексуальности порождает конфликт, обозначенный Грэхмом Грином как «борьба с демоном мастурбации»; немногие выдерживают эту борьбу — как показывают данные Кинзи с соавт., 96,3% американцев избавляется от тягостного томления при помощи онанизма.

Сексуальные фантазии Л. и С. (см. наблюдения 5 и 6) резко отличаются от эротических фантазий платонической стадии: здесь он благородный защитник, рыцарь, который выручает девушку из затруднительного положения, а там — «сумасшедшие вакханалии», о которых стыдно говорить... Подъем сексуального напряжения в периоде полового созревания — явление широко распространенное, и следует признать, что с точки зрения физиологической и биологической эволюционный процесс здесь действовал весьма целесообразно, поскольку период юношеской гиперсексуальности облегчает выработку тех индивидуальных функциональных комплексов, которые обеспечивают нормальное протекание половых функций в периоде зрелости. Видимо, в процессе эволюционного отбора те особи, у которых возникал такой период чрезвычайно повышенной половой возбудимости, получали лучшую возможность

выработки соответствующих условных рефлексов, которые затем служили как послушный инструмент на протяжении последующей жизни личности. Те же особи, у которых подобный вариант не возникал, не имея возможности конкурировать с более возбудимыми, в процессе отбора отсеивались, так как снижение половых возможностей ухудшало их шансы на продолжение потомства и тем самым на закрепление мутантного варианта в последующих поколениях.

Если у животного чувство голода так моделирует его поведение, что оно ищет немедленной возможности утолить свой голод, то человек остается человеком и у него это происходит опосредствованно: «...голодный человек, если у него нет денег, не хватает пищу с прилавка магазина (этот путь закрыт), а думает, где бы достать денег, и совершает ряд действий, направленных на их получение, лишь после чего идет покупать продукты» [212].

Вот эта опосредствованность поведения, соответствие его общепринятым социальным нормам и составляет внутреннее содержание четвертой стадии развития полового сознания. Как уже упоминалось, какие-то первичные запреты и ограничения начинают принимать систематизированный характер еще в романтической стадии. В следующей, сексуальной, стадии мощное пробуждение полового инстинкта порождает определенный конфликт с уже сложившейся системой морально-этических ограничений, порождая свойственные пубертатному периоду душевные переживания и кризисы. И лишь после достижения духовной зрелости молодой человек выходит из периода юношеской гиперсексуальности и у него формируется зрелое половое сознание.

4. *Стадия зрелого полового сознания* характеризуется гармоничным соотношением понятийного, возвышенно-романтического и специфического сексуально-чувственного элементов со всей системой морально-этических ценностных ориентаций личности. С достижением зрелости мужчина обретает полный контроль над своим сексуальным поведением и, в противоположность предыдущей стадии, легко подавляет сексуальные тенденции, когда их проявление не соответствует времени и обстоятельствам, а также противоречит его личностным установкам.

В практике сексопатолога иногда наблюдается редукция одной из описанных стадий, очень редко — полное ее выпадение. Глубокая редукция понятийной стадии, когда страдает формирование простейших логических категорий и пациент не осознает себя как носителя определенного пола, встречаются крайне редко, как правило, при тяжелой степени олигофрении. Гораздо чаще наблюдается редукция романтической стадии. Это обычно люди с невысоким интеллектом и бедной фантазией (легкая степень олигофрении); у них вслед за обедненной

понятийной стадией обычно сразу же оформляется сексуальная стадия; недоразвитие романтической стадии, как правило, сказывается и на формировании стадии зрелости. При анамнестическом обследовании таких пациентов прежде всего выявляется, что они не способны дифференцировать половое влечение от эрекций, отождествляя эти понятия. Их представление об истинно человеческой влюбленности крайне бедно, и половой акт сводится к механическому отреагированию. Наряду с этим наблюдаются больные, у которых не выражена сексуальная стадия; в подобных случаях платоническое восприятие персистирует, и эти люди сохраняют в течение всей жизни чисто романтическое, платоническое отношение к женщине; сексуальный компонент у них или вообще не выражен, или звучание его все время приглушено.

В отличие от описанных 4 стадий, которые проходит в своем развитии нормальный мужчина, у женщины развитие полового самосознания идет другим путем. После понятийной и романтической стадий у нее обычно формируется (в отличие от сексуальной стадии и стадии зрелости у мужчин) третья и последняя стадия — пробуждения сексуальности, хотя у многих женщин этого вообще не происходит.

Мотивационные аспекты либидо

Двухкомпонентность либидо, обусловленность его у человека, с одной стороны, элементарными соматическими процессами, протекающими на сегментарном уровне (генитальный аппарат), а с другой — высшими отделами центральной нервной системы, определяющими поведенческие проявления и личностные установки индивидуума, заставляет уделять особое внимание мотивационным аспектам полового влечения. Сложность поведенческих реакций человека определяется взаимодействием многих мотивов, от самых простейших (холод, боль, голод и т. п.) до самых возвышенных (понятие чести, преданность идеалам и т. п.). Постановка конкретной задачи, определяющей цель и программу действия, выявляет различные формы взаимодействия мотивов, в одних случаях сливающихся воедино, в других — сталкивающихся в неразрешимом конфликте, парализующем личность. Вот почему всякое изучение мотивационных процессов неотделимо от изучения структуры личности, предполагая при этом прежде всего оценку как действий человека, так и стиля этих действий. И если действия человека определяются мотивами и задачами, которые он ставит перед собой, то поведенческий стиль характеризуется манерой и излюбленными приемами, используемыми для достижения целей. Оба названных аспекта часто (но не всегда) коррелируют между собой: меркантильные жизненные цели

обычно сочетаются с приспособленчеством, решение же творческих задач предполагает высокую принципиальность и готовность жертвовать личными удобствами.

Двухкомпонентность либидо есть лишь частное проявление биосоциальной природы человека. Оставаясь существом биологическим, подверженным боли, голоду и страху, человек в то же время активно и сознательно регулирует выбор цели, программы и стиля своих действий. Даже очень голодный человек может отдать последний кусок хлеба другому, и даже непроизвольные вегетативные реакции человека вследствие угрозы жизни не могут служить препятствием для выполнения поставленных целей; рассказывают, что когда Суворов впервые попал под обстрел, он никак не мог унять дрожь, и тогда, по свидетельству очевидцев, он воскликнул: «Ты дрожишь, скелет? Ты дрожал бы еще больше, если бы знал, куда я тебя сейчас поведу!»

В клинической сексопатологии необходимость анализа мотивационных аспектов полового поведения обусловлена двумя обстоятельствами: 1) эмансипацией рекреационных проявлений сексуальности от прокреационных; 2) сменой ведущих мотиваций с возрастом. Эта смена наглядно иллюстрируется приведенными выше наблюдениями 5, 6, 7 и 10. Если у Л. и С. (см. наблюдения 5, 6) в структуре либидо преобладает влияние сегментарных иннервационных воздействий, исходящих из генитального аппарата, то у Кв. (см. наблюдение 7) структурный центр сместился на механизмы центральные: наряду со снижением полового влечения сам пациент отмечает глубокое качественное изменение либидо — в течение многих лет он «начинал сношения не столько под влиянием острого непреодолимого желания, как прежде, сколько в силу сложившейся за несколько десятков лет п р и в ы ч к и». И еще более четкое перераспределение ролей различных компонентов либидо отмечается в фазах формирования расстройства и его излечения у Ях. (см. наблюдение 10).

Поскольку половой акт всегда — акт поведенческий, мотивы к проведению как отдельных половых актов, так и в особенности к их регулярному проведению, отличаются крайним разнообразием, однако можно выделить следующие наиболее характерные типы сексуальной мотивации.

1. *Гомеостабилизирующий тип.* Определяется тем, что у зрелого мужчины после каждой очередной эякуляции и следующего за ней периода сексуального умиротворения происходит постепенное нарастание сексуальной возбужденности, проявляющееся тягостными ощущениями, нарушающими состояние нервной уравновешенности, которое в зрелом возрасте оценивается достаточно высоко. И подобно тому как чувство голода несет четкий отрицательный эмоциональный оттенок, так и состояние половой абстиненции сопровождается неприятным

оттенком физиологического дискомфорта. У определенной части мужчин сексуальный ритм как раз и строится на том, чтобы сохранить физиологический комфорт. Этот тип поведения особенно часто встречается у людей творческого склада, в шкале ценностных ориентаций которых сексуальная сфера занимает подчиненное место. Люди, испытывающие наибольшую радость в моменты творчества, могут воспринимать начальные стадии пищевой или половой абстиненции как моменты отвлекающие, и оттого нежелательные, отнюдь не теряя вкуса к самому процессу удовлетворения голода или полового возбуждения.

Наблюдение 11. Скульптор И., 42 лет, живущий интенсивной творческой жизнью. Двери его ателье всегда гостеприимно открыты для посетителей. Будучи человеком экстравертированным, он не смущается присутствием посторонних лиц; даже наоборот — черпает в их интересе к его работе дополнительные стимулы. Этот человек, не проявляющий никаких неврологических отклонений, на протяжении многих лет должен был иметь не менее 6—7 эякуляций в сутки. Без этого у него затрудняется и даже полностью прекращается способность выполнять творческую работу. Нарастание сексуального возбуждения нарушает способность концентрации внимания, создает ощущение физиологического дискомфорта. Однако как явление нежелательное воспринимается лишь сексуальная возбужденность, в особенности в начальных фазах, когда она нарушает ход работы, само же удовлетворение этого возбуждения доставляет радость. В тех случаях, когда в фазе нарастающего сексуального возбуждения он не имеет возможности провести половой акт с женщиной, он вызывает эякуляцию мастурбаторно и, получив облегчение, тотчас возвращается к работе.

Таким образом, существует группа мужчин, которые, не отказываясь от радостей сексуального удовлетворения, все же ценят в них прежде всего средство избавления от сексуального напряжения, отвлекающего их от выполнения других задач (чаще всего творческих), которые ими котируются более высоко. Поскольку же состояние относительной стабильности обозначается в физиологии как состояние гомеостаза, данный тип мотивации сексуального поведения обозначен как тип гомеостабилизирующий.

2. *Игровой тип.* Характеризуется гармоничным сочетанием романтического и сексуального компонентов: здесь нет чрезмерного обожествления женщины, тормозящего и подавляющего глубинные, наследственно обусловленные проявления полового чувства, и в то же время нет и опошления, характерного для культа «секс-бомб». Для носителей этого типа половой акт — не механическое отреагирование ряда автоматизированных рефлексов, а акт, в который они привносят игру фантазии, выдумку, и который они всякий раз переживают как единственное, неповторимое событие, как первооткрытие, которое еще не имело места в прошлом и не повторится в будущем. Классическим представителем этого типа является Джакомо Казанова [326].

3. Следующий тип характеризуется тем, что мужчина, совершая половой акт, как бы отбывает повинность, выполняет обязанность, лишь бы не обидеть жену и избежать упреков в безразличии и холодности. Мужчина приходит к шаблону, устанавливает какой-то стандарт, которого продолжает держаться. При этом пути к такому *шаблонно-регламентированному типу* отношений разные. Приведем пример первичной, ранней стандартизации.

Наблюдение 12. Р., 36 лет, спортивный тренер. В возрасте 22 лет его, как он сам выразился, «выдали замуж» за совершенно ему безразличную молодую женщину, которую выбрали его родители. Будучи воспитанным сыном, он родителям не перечил и женился. После заключения брака жена, придя домой, брачное свидетельство положила на дно сундука и заперла на ключ, который спрятала в укромное место. Как выяснилось впоследствии, это было весьма символичным, ибо на протяжении всей совместной жизни она требовала от мужа ежевечернего сношения. Парадокс этого наблюдения заключается в том, что жена страдала полной фригидностью: не говоря об абсолютной аноргазмии, она вообще ни на каком этапе близости, никогда ни в какой форме специфической сатисфакции не испытывала. Единственное удовлетворение ее состояло в том, что ее муж, которого она рассматривала как собственность, исправно и регулярно служит тому назначению, которому, как она понимала, данный вид собственности должен служить. Характерно, что когда с возрастом он попытался перейти на более редкий ритм, то жена этому категорически воспротивилась.

В данном случае трафарет был установлен извне, вмешательством родителей, и закреплен отношением жены. Кстати, когда пациент явился на сексологический прием, все его показатели протекания половой активности были достаточно высоки, и на вопрос, чего он собственно хотел от врача, он ответил: «Видите, доктор, первые 12 лет у меня было такое давление пара в котле, что мне любая была хороша, лишь бы женщина, а теперь мне нужно или женщину с любовью, или хорошее лекарство, чтобы поднять пар до прежнего».

Хуже всего подобные шаблонно-регламентированные отношения переносят крайние представители игрового типа.

4. *Генитальный тип.* Здесь обычно речь идет о лицах интеллектуально сниженных, неспособных понять разницу между половым влечением и эрекцией. Для них оба понятия идентичны. Очень коротко и чрезвычайно наглядно выразил суть этого типа отношений один наш пациент: «Как появилось напряжение в члене—тут же действую». У таких лиц появление эрекции служит сигналом для поиска возможности иметь половое сношение. Ритм половой жизни, таким образом, оказывается жестко детерминированным властью ощущений, и человек пассивно следует велениям генитальной зоны. Селективность и этико-эстетические мотивы в подобных случаях обычно отсутствуют. Наиболее ярко этот тип представлен среди социально деградированных алкоголиков, а также при наличии интеллектуального снижения или недоразвития, выявившегося задолго до начала сексуальных расстройств.

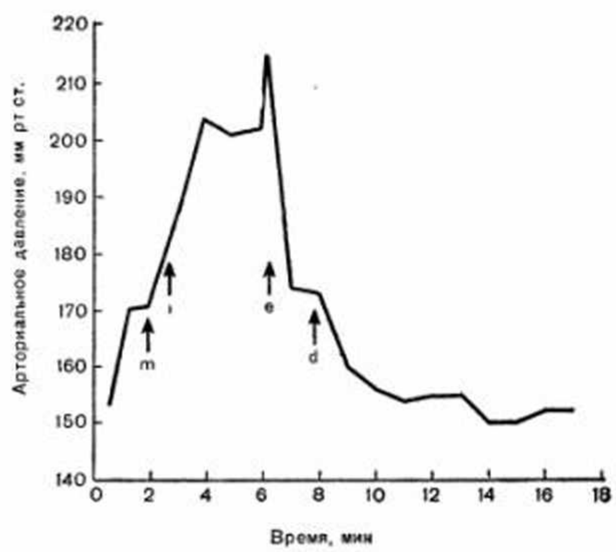


Рис. 43. Артериальное давление при коитусе. Собака, самец [194].

m — начало садки; i — интроитус; e — эякуляция; d — конец садки.

Если во всех других группах сексуальное поведение моделировалось прежде всего личностными установками, то в данном случае оно определяется извне, властью внешнего поля. Представителей этого типа очень легко спровоцировать на интимную близость.

Рассмотренные типы сексуальной мотивации определяются взаимодействием наследственных, конституциональных свойств человека с системой его взглядов, выработанных воспитанием. Однако при определении мотивации половой активности, выделяя типовую принадлежность в момент обследования, не следует игнорировать и динамику раннего развития, т. е. типы сексуальной мотивации, которые могли иметь место у данного мужчины в предшествующие годы.

Копулятивный цикл как единое целое

Ни одно из рассмотренных сексологических проявлений само по себе, сколь бы существенные стороны половой активности оно ни выражало, не может представлять все явление в целом: и эрекция, и либидо, и эякуляция, и оргазм представляют не более чем отдельные фрагменты единой поведенческой реакции, в которой у многих видов, в особенности же у человека, тесно спаяны биологические и социальные аспекты. Круг физиологических феноменов, выявляющихся в рамках акта копуляции, чрезвычайно широк, вовлекая практически все физиологические системы организма. Так, например, Л. М. Пуссеп определил, что артериальное давление в заключительной фазе эякуляции достигает у кобеля 215 мм рт. ст. (рис. 43), частота пульса у мужчины, зафиксированная с помощью кардиотахометра Боасом и Гольдшмидтом (1932), превышает на высоте оргазма 140 сокращений в минуту, достигая, по данным Мастерса и Джонсон, 180 при частоте дыханий 40

в минуту [449], т. е. цифр, которые регистрируются при самых напряженных спортивных состязаниях.

Мастерс и Джонсон, посвятившие 11 лет изучению физиологии половых реакций, представили подробнейшее описание мельчайших парциальных проявлений, наблюдающихся у мужчин при половом реагировании [449, — см. подробный реферат на русском языке — 162], разделив их на экстрагенитальные (эрекция грудных сосков, «половое покраснение» кожи туловища, непроизвольные спазматические сокращения отдельных мышечных групп лица, туловища, конечностей и ректального сфинктера, гипервентиляция, тахикардия, подъем артериального давления, гипергидроз) и генитальные (эрекция полового члена, подтягивание мошонки, подъем яичек, увеличение их объема и разворот до 30—35°, выделение 2—3 капель мукоидного секрета купферовых желез, комплекс мышечных сокращений семявыносящих путей и уретры, детумесценция). Наряду с описанием отдельных физиологических изменений Мастерс и Джонсон выделили два универсальных механизма, которые входят как общий радикал в большинство сексуальных проявлений и у мужчин, и у женщин: 1) вазодилатация, 2) изменение мышечного тонуса.

Место копулятивного цикла в процессе размножения

Вся совокупность взаимосвязанных и последовательно развертывающихся физиологических изменений в организме, обеспечивающих осуществление функции размножения, имеет циклический характер [13]. И. А. Аршавский, изучающий динамику возрастных физиологических изменений у разных видов, разделил весь процесс воспроизведения на ряд подчиненных циклов [13, 14, 11], объединяемых в единое целое механизмом доминантного процесса[12]. Первая фаза в этом большом цикле начинается с тех изменений в организме самки, которые известны под названием течки (oestrus). Формирование под влиянием соответствующих нейрогуморальных сдвигов половой доминанты обусловливает такие изменения в поведении, которые завершаются половым сближением, обеспечивающим процесс оплодотворения. В результате оплодотворения половая доминанта сменяется доминантой беременности, или гестационной, длительность которой значительно варьирует (от 18 дней у самки опоссума до 22 мес у слонихи). Гестационная доминанта, обеспечивающая наиболее благоприятные условия для нормального развития зародыша, тормозит половую доминанту, что проявляется в выраженных отрицательных реакциях на самца (рефлекс отбоя). У некоторых млекопитающих рефлекс отбоя сочетается с образованием вагинальной пробки из затвердевающих выделений, что исключает возможность повторного полового сближения. Доминанта бе-

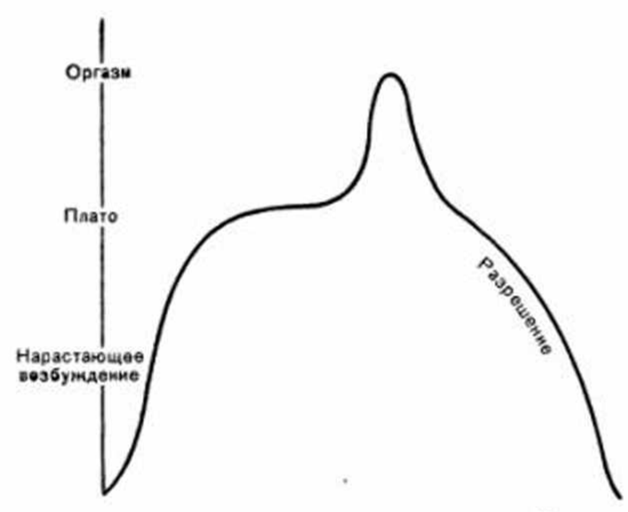


Рис. 44. Типовая кривая «полового цикла» мужчины [449]. Объяснение в тексте.

ременности сменяется родовой доминантой, которая в свою очередь завершается лактационным циклом (доминанта кормления).

Круг профессиональных интересов врача-сексопатолога ограничивается рамками первого из четырех циклов. Физиологические изменения, происходящие в процессе соединения полов, складываются также из ряда последовательно сменяющих друг друга стадий. Так как в широко принятом употреблении выражение «половой акт» включает только совокупность действий с момента введения полового члена во влагалище, игнорируя все чрезвычайно важные поведенческие проявления, нарушение которых чаще всего исключает саму возможность осуществления «полового акта», в научной сексологии отмечается тенденция отказа от этого выражения и замены его терминами «копулятивный цикл» [48] или «половой цикл» [449]. А крайний редукционизм, связанный с обывательским истолкованием «полового акта» как «поршнеобразного движения полового члена во влагалище» (piston-like movement of penis in vagina) создает предпосылки для неадекватного использования интимной близости [478]. В сексопатологической практике предпочтительнее употреблять выражение копулятивный цикл, которое является частным по отношению к более широкому выражению — половой цикл, несущему биологический акцент.

Стадии копулятивного цикла мужчины

На типовой кривой «полового цикла» мужчины, предложенной Мастерсом и Джонсон [449], выделяются следующие четыре стадии, или фазы (рис. 44): 1) нарастающего возбуждения (excitement phase); 2) уплощения (стадия плато); 3) оргастическая; 4) стадия разрешения (спада нервного возбуждения).

Однако за 14 лет до опубликования книги Мастерса и Джонсон в советской литературе [47] было предложено деление на стадии, представляющее значительные операциональные пре-

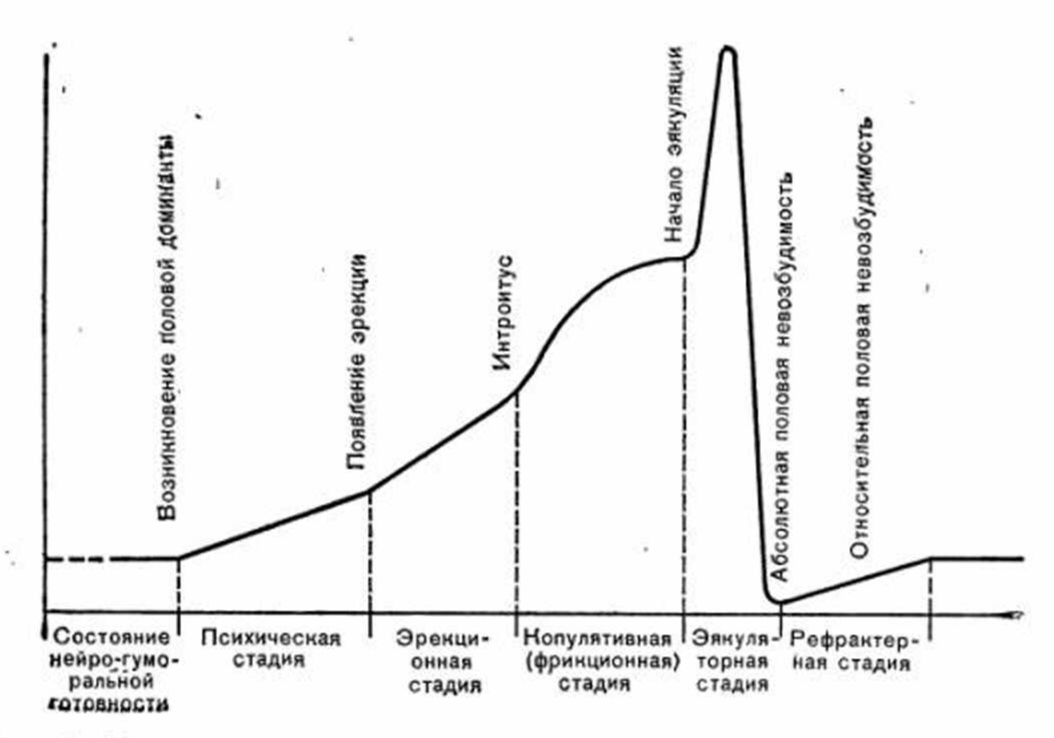


Рис. 45. Типовая кривая копулятивного цикла мужчины.

имущества (рис. 45). При сравнении нетрудно видеть, что кривой Мастерса и Джонсон присущи два серьезных недостатка — чрезмерный схематизм и отсутствие четких критериев отграничения стадий. В самом деле, чтобы установить, перешел ли мужчина из стадии возбуждения в стадию плато, американским исследователям приходится опираться на косвенные показатели (степень подтянутости тестикул и угол их разворота), что вне стен созданной ими сексологической лаборатории, оборудованной киносъемочной аппаратурой, учесть весьма трудно. В противоположность этому на кривой рис. 45 каждая стадия отделяется от предыдущей такими четкими и непосредственно связанными с характеристикой соответствующей стадии показателями, как возникновение половой доминанты, появление эрекции, интроитус, начало эякуляции и, наконец, состояние абсолютной половой невозбудимости с феноменом детумесценции.

В основу предлагаемого деления положена естественная последовательность развертывания копулятивного цикла с включением одного за другим всех функциональных элементов, обеспечивающих физиологическое протекание полового акта. По оси абсцисс отложено время и по оси ординат — степень нервного возбуждения. Прежде всего необходимо учитывать, что здоровому мужчине свойствен какой-то исходный уровень сексуальной напряженности, который впервые возникает в период полового созревания и тянется на протяжении всей жизни, вплоть до угасания половой активности. Этот исходный уровень большей частью даже не осознается, так как в условиях повседневной жизни не имеет специфического сексуаль-

ного оттенка и субъективно воспринимается как состояние физиологического комфорта. На графике этот период обозначен как *состояние предварительной нейрогуморальной готовности,* но это еще не стадия копулятивного цикла. Непосредственно за этим следует первая, *психическая,* стадия, началом которой является момент возникновения половой доминанты. Определяющим признаком возникновения этой стадии является осознание полового желания, направленного на конкретный сексуальный объект, половая же доминанта, ориентирующая поведенческие реакции в направлении овладения этим объектом, является ее физиологической основой. В этой стадии половое поведение развивается таким образом, чтобы привлечь сексуальный объект к интимной близости. Для достижения этой цели мобилизуется прежде всего направленное речевое воздействие, которое затем подкрепляется тактильными раздражениями различных эрогенных зон. Если развертывание копулятивного цикла происходит без помех, нервное возбуждение постепенно нарастает. Затем в какой-то момент возникает эрекция, знаменуя наступление следующей, *эрекционной стадии.* Когда эрекция используется для интроитуса (интроекции, интромиссии, или имиссии), начинаются копулятивные фрикции, определяющие начало следующей, *копулятивной* или *фрикционной,* стадии. Здесь интенсивность нервного возбуждения продолжает нарастать, как показано на графике, сначала круто, а затем несколько уплощаясь (стадия плато, по Мастерсу и Джонсон; физиологически же — следствие феномена сенсорного насыщения). После суммации ряда фрикций наступает резкое возрастание остроты сексуального возбуждения, совпадающее во времени с эякуляцией и выделяемое в *стадию эякуляции.* Вслед за этим происходит спад нервного возбуждения, большей частью до субнормальных величин—наступает заключительная, *рефрактерная, стадия* копулятивного цикла.

На графике видно, что рефрактерная стадия делится на две подстадии— абсолютной и относительной невозбудимости. Чем это вызвано? Состояние постэякуляторной рефрактерности отличается очень широкой вариантностью, определяемой индивидуально-конституциональными, возрастными и чисто ситуационными моментами. У некоторых мужчин рефрактерная стадия настолько замаскирована, что они способны производить повторные половые акты, не извлекая половой член после первых эякуляций; у большинства же мужчин зрелого возраста непосредственно после эякуляции даже простое прикосновение к обнаженной головке пениса вызывает неприятное, нередко с протопатическим оттенком, ощущение; наступает период, в течение которого никакие воздействия не способны вызвать эрекцию. Это — период абсолютной половой невозбудимости. После оргазма в течение определенного

периода мужчина остается безразличным к действию сексуальных возбудителей и чаще всего просто засыпает, если его оставить в покое. Вслед за этим, однако, наступает период, когда некоторыми необычными (но только необычными) возбуждениями становится возможным вызвать эрекцию, а следовательно, и повторение полового акта. Период, в который мужчина способен к сексуальному возбуждению только под влиянием необычных, интенсивных, форсированных воздействий, мы выделяем как период относительной половой невозбудимости.

Посторгастическая рефрактерность получает свое объяснение в свете эволюционного развития. Тот факт, что у мужчины рефрактерность нарастает сразу по нескольким каналам (сексуальная анестезия кортикального генеза в виде безразличия к женским прелестям; ослабление эрекции; нарастание сенсорной гиперпатии при касании основной эрогенной зоны до степени протопатической чувствительности) по сравнению со способностью женщины к множественному оргазму без развития у нее явлений психосексуальной анестезии и сенсорной гиперпатии, надо рассматривать под углом биологической роли совокупления в процессе эволюции. Поскольку биологическая роль мужчины в акте совокупления — отдача спермы полноценной (после же первой эякуляции в эякуляте все более преобладает секрет придаточных половых желез и слабоподвижные и морфологически незрелые сперматозоиды), ясно, что мужчина-мутант со способностью к длинному ряду эякуляций, следующих друг за другом с короткими интервалами, в ходе эволюции не имеет преимуществ и не закрепляется в потомстве. Женщина же, поскольку закрепление ее генов в потомстве зависит от способности к восприятию спермы, выигрывает при отсутствии феномена рефрактерности, так как если бы после первого оргазма у женщины развивалась протопатическая болезненность к продолжению коитуса, это уменьшило бы возможность оплодотворения.

Понятие об основных физиологических составляющих копулятивного цикла мужчины

Деление копулятивного цикла на стадии (т. е. отрезки времени, в рамках которых реализуется определенный сексологический феномен) само по себе еще не имеет диагностического значения. Это последнее приобретается лишь с введением дополнительного понятия о составляющих копулятивного цикла.

На кривой рис. 45 требует истолкования то обстоятельство, что с момента возникновения половой доминанты и вплоть до высшей точки оргазма происходит непрерывное возрастание уровня половой возбудимости. Чем это может определяться?

Как известно, нервная клетка работает по принципу «все или ничего». Значит, для увеличения нервного возбуждения нужно, чтобы возросла масса вовлеченного в деятельность нервного субстрата, составленного из отдельных клеток — носителей этого возбуждения, т. е. допустить иррадиацию процесса возбуждения на новые анатомические отделы, с вовлечением в формирующуюся иннерваторную констелляцию на каждой последующей стадии все новых и новых клеточных ансамблей.

И. П. Павлов в своей лекции о корковой мозаике призывал слушателей представить, что клеточные массивы, находящиеся в состоянии возбуждения, фосфорически светятся. При подобном допущении, пока копулятивный цикл не выйдет за пределы состояния предварительной нейрогуморальной готовности, слабым фосфорическим блеском будут мерцать лишь глубокие отделы мозга и гипофиз, а также собственные интрамуральные нервные образования надпочечников и семенников. Начиная с момента осознания цели и начала действий, направленных на то, чтобы склонить женщину к коитусу, по мере перехода от чисто зрительных восприятий и речевого общения к непосредственным ласкам (т. е. контактному воздействию на обширные зоны тактильного анализатора), фосфорическим свечением засверкают различные области коры головного мозга. Однако, и это очень важно отметить, до достижения эрекции область свечения еще не захватывает спинальные центры эрекции. Однако сколь угодно длительное пребывание в рамках эрекционной стадии без интроитуса ограничивает круг нормативной сексологической феноменологии тем минимумом, который определяется достигнутой стадией. Поэтому переход из одной стадии в следующую невозможен без присоединения новых клеточных формирований (например, на следующей, эякуляторной, стадии таковыми являются нейронные ансамбли аппарата эякуляции в парацентральных дольках коры, поясничном и крестцовом отделах спинного мозга).

Таким образом, начав с простого рассмотрения проявлений на всех стадиях копулятивного цикла, исследователь обязан разобраться в том материальном нервном субстрате, который управляет этими проявлениями. В самом деле, если с переходом к новой стадии к уже оформившейся до этого констелляции клеточных ансамблей присоединяется *новый* клеточный субстрат, естественно связать его с той задачей, выполнение которой он обеспечивает. Это дает надежду ввести в арсенал диагностических приемов сексопатологии испытанное невропатологами оружие топической диагностики. Для осуществления же этой привязки нужно, абстрагировавшись от понятия *стадии* как отрезка времени, перенести смысловой акцент на анатомо-физиологический субстрат и выполняемую им задачу. Этот своеобразный тандем и обозначается термином *составляющая*, заимствованным из той части высшей мате-

матики, которая оперирует так называемым гармоническим анализом. Нечто очень похожее приходится проделывать и сексопатологу, чтобы разобраться в том бесконечном разнообразии проявлений, которое он встречает у своих больных. Кроме гармонического анализа, концепция о составляющих опирается также на общую теорию функциональных систем П. К. Анохина, а именно на его учение о конечном полезном результате как организующей силе любой физиологической активности, ибо всякая система нацелена на достижение определенного результата [6].

После исключения из анализа субстрата, связанного с копулятивными фрикциями (т. е. зрительных бугров, поскольку их патология в практике сексопатолога исключительно редка), была построена следующая концепция. В единой половой системе, задачей которой является обеспечение процесса размножения, необходимого для сохранения вида, выделяются четыре функциональных комплекса (или подсистемы), каждый из которых имеет свою частную задачу:

1. *Нейрогуморальная* составляющая, связанная с деятельностью глубоких структур мозга и всей системы эндокринных желез, обеспечивает выраженность полового влечения и соответствующую возбудимость всех отделов нервной системы, регулирующих половую деятельность.

2. *Психическая* составляющая, связанная с деятельностью коры, определяет направленность полового влечения, облегчает возникновение эрекции до момента интроитуса и обеспечивает специфические для человека формы проявления половой активности, в том числе соответствие поведенческих реакций условиям конкретной ситуации и морально-этическим требованиям.

3. *Эрекционная* составляющая, анатомо-физиологическим субстратом которой являются спинальные центры эрекции с их экстраспинальными отделами, а также половой член, представляет конечный исполнительный аппарат, обеспечивающий главным образом механическую сторону полового акта.

4. *Эякуляторная* составляющая, основанная на интеграции структурных элементов, от простаты с ее собственным нервным аппаратом до парацентральных долек коры головного мозга, обеспечивает главную биологическую задачу всей половой активности — выделение мужского оплодотворяющего начала.

В распространении процесса возбуждения при половом акте на все более обширные области нервной системы есть важная закономерность: иннервационные элементы, однажды включившиеся в разворачивающуюся констелляцию, при нормальном протекании полового акта не только сохраняют достигнутый уровень активности, но и интенсифицируют его вплоть до завершения цикла эякуляцией и оргазмом (рис. 46). Важ-

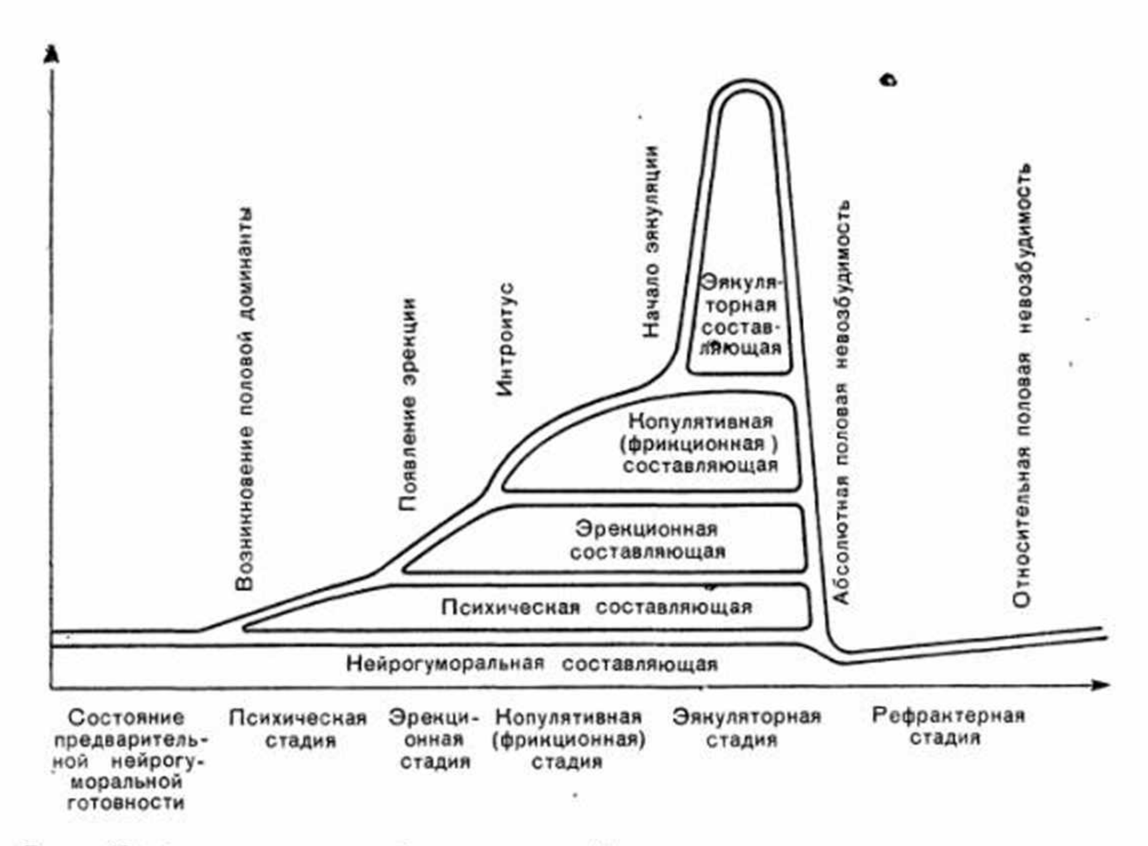


Рис. 46. Схема взаимодействия стадий и составляющих копулятивного цикла. В то время как каждая из стадий с переходом к последующей стадии свое существование прекращает, каждая составляющая функционирует с момента своего включения в общую констелляцию вплоть до завершения всего копулятивного цикла.

ность отмеченной закономерности заключается в том, что в норме каждая из последующих составляющих моделируется только при опоре на предыдущие.

Зависимость каждой из составляющих от предшествующих может быть иллюстрирована примерами раннего евнухоидизма. В подобных случаях чрезвычайно низкий уровень функциональной активности нейрогуморальной составляющей исключает возможность формирования психической составляющей; сексуальные тенденции других мужчин остаются для больного непонятными и чуждыми в течение всей его жизни, эрекции же, вследствие сохранности спинномозговых сегментарных механизмов, отмечаются, хотя они редки, слабы, кратковременны и не сопровождаются либидинозными проявлениями. При этом эрекции вызываются чисто механическими агентами, и никогда — под влиянием психических представлений. Вследствие отсутствия либидо ни попыток к осуществлению интимной близости, ни онанистических действий не предпринимается. Простата подвергается вторичной аплазии, эякуляции ни при каких условиях не наступают. В противоположность этому при поздней кастрации у мужчин, ранее живших половой жизнью, может наблюдаться компенсация

недостаточности эндокринной стимуляции за счет повышенной функции кортикальных условнорефлекторных половых комплексов. В подобных случаях может наблюдаться относительно редкий вариант обратной диссоциации, когда адекватные эрекции превосходят по силе спонтанные; это объясняется тем, что мобилизация эрекции у подобных больных осуществляется за счет чисто психических механизмов, претерпевающих викарную гипертрофию, наподобие викарной гипертрофии слухового и осязательного анализаторов у слепых.

В некоторых публикациях утверждается, что нейрофизиологическое протекание половых функций обеспечивается по типу цепных рефлексов. Термин «цепной рефлекс» имеет в физиологии определенное содержание, это — последовательный ряд рефлексов, взаимодействующих линейно, т. е. так, что заключительная, эфферентная, часть первого рефлекса подключает начальную, афферентную, часть второго и так далее, т. е. в буквальном смысле слова развертывается цепочка, т. е. после того, как включилось очередное звено, предыдущее, выполнив свою задачу, отключается. Примером такого рефлекса может служить движение волны возбуждения, сопровождающее перистальтическое перемещение комка пищи по пищеводу или в кишечнике. Однако в обеспечении половых функций действительное соотношение заключается в том, что ни одна из составляющих не отключается вплоть до завершения копулятивного цикла эякуляцией и оргазмом. Нейрогуморальная составляющая после подключения психической составляющей не только продолжает ее сопровождать, но и активно поддерживает. Точно так же, когда подключается эрекционная составляющая, психическая не отключается, а степень возбуждения ее рефлекторных комплексов продолжает нарастать. Таким образом, копулятивный цикл можно сравнить с эстафетой, к финишу которой все ее участники должны прийти одновременно (см. рис. 46). В тех случаях, когда этого не происходит, наблюдаются синдромы дезинтеграции — эякуляция без эрекции, эякуляция без оргазма, оргазм без эякуляции, приапизм и т. п.

Теснейшая взаимосвязь между отдельными составляющими, в частности, между нейрогуморальной и психической, характерная для нормы, выявляется и в патологии. В рассмотренном выше наблюдении 9 психическая составляющая (так же как и эякуляторная) не сформировалась потому, что вследствие раннего, допубертатного поражения диэнцефально-гипофизарного отдела не было опоры на определяющую весь ход пубертатного развития нейрогуморальную составляющую. В противоположность этому у больного К. (см. наблюдение 8) надежные корковые условнорефлекторные комплексы психической составляющей в течение 12 лет после лучевой деструкции камбиальных структур обоих семенников поддерживают

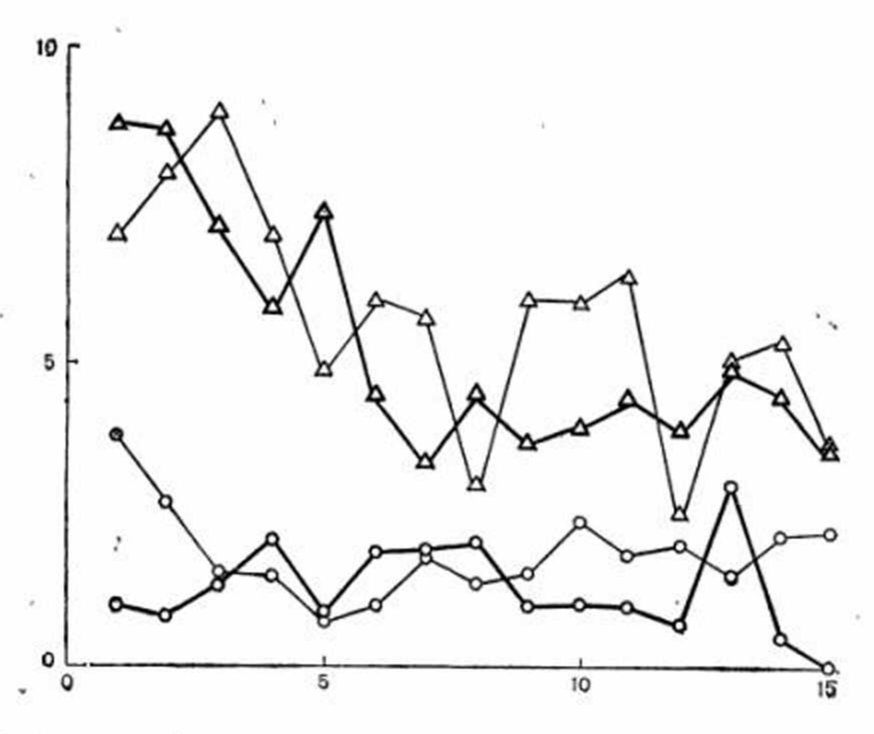


Рис. 47. Средние баллы половой активности кастрированных котов, располагавших и не располагавших до кастрации половым опытом, выявившиеся после прекращения инъекций андрогенов [484].

Треугольники — половая активность котов с предварительным опытом; кружки — половая активность котов без предварительного полового опыта; жирные линии — половая активность котов, кастрированных допубертатно и получавших в течение 3 мес инъекции андрогенов. По вертикали — средние баллы половой активности; по горизонтали — время после кастрации или прекращения инъекций андрогенов (в неделях).

и возмещают резкое ослабление нейрогуморальной составляющей.

К настоящему времени эта закономерность [47] подтверждается многочисленными физиологическими экспериментами на низших млекопитающих [428, 520, 483, 482[и наглядно демонстрируются рис. 47.

Суммация раздражений и высота порогов — основные физиологические факторы, обеспечивающие последовательность развертывания копулятивного цикла

При нормальном протекании копулятивного цикла смена стадий строго последовательна: эякуляция происходит при эрегированном половом члене, ее наступлению предшествует период копулятивных фрикций.

Связь между отдельными стадиями, наступление каждой новой стадии определяются законом суммации раздражений. Отдельный раздражитель психической стадии, например, обонятельный или слуховой, чаще всего не в состоянии вызвать эрекцию. Суммация же отдельных раздражений (обонятельных, слуховых, зрительных и тактильных)

во взаимодействии с раздражениями нейрогуморальными, постепенно возрастая, достигает порога возбудимости эрекционного центра и вызывает эрекцию. В свою очередь после интроекции, в копулятивной стадии, суммация отдельных раздражений, порождаемая длительным рядом последовательных фрикций, достигает порога возбудимости эякуляторного центра и вызывает эякуляцию и оргазм.

Из сказанного явствует, что основным физиологическим фактором, определяющим очередность наступлений стадий копулятивного цикла, является высота порогов взаимодействующих центров. Эрекционная стадия предшествует эякуляторной прежде всего потому, что в норме порог возбудимости центра эрекции ниже порога возбудимости эякуляторного исполнительного центра.

Высказанные положения [47] подтверждаются как экспериментальными данными общей нейрофизиологии, так и сексологическими опытами и наблюдениями на различных видах животных. Еще в 40-х годах XX века было доказано, что влияние раздражений, падающих на тот или иной рецептор, не ограничивается данной рецепторной областью, а распространяется и на другие рецепторные сферы, изменяя их функциональное состояние [90], что суммация происходит в центрах, а не на периферии [112]. Исчерпывающие данные по затронутому вопросу представляет монография С. В. Кравкова [137]. Л. М. Пуссеп, в эксперименте на собаках раздражая электрическим током различные отделы головного мозга, получал одну и ту же последовательность явлений вне зависимости от локализации раздражения: сначала возникала эрекция и лишь потом, при продолжающейся кумуляции раздражений, — эякуляция [193].

Феномены суммации, сенсорного насыщения и рефрактерности изучались многими исследователями на крысах. В связи с собственными циклическими изменениями у самцов крыс периодически наблюдается сексуально ориентированное поисковое поведение, когда они становятся повышенно чувствительными к раздражителям (главным образом обонятельным), исходящим от готовых к спариванию самок [137, 325]. В эти периоды и сказывается присущая многим грызунам особенность сексуального поведения, делающая самцов крыс исключительно благоприятным объектом для изучения феномена суммации и связанных с ним явлений сенсорного насыщения и рефрактерности; обнюхав самку, самец через некоторое время производит садку, которая завершается краткой интромиссией (в свою очередь проходящей в два этапа — сначала самец делает несколько несильных толчков пенисом вблизи или в область полового отверстия, а затем глубоко вводит пенис во влагалище). После этого самец на некоторое время отходит от самки. Серии подобных анэякуляторных интромиссий с

разделяющими их короткими паузами завершаются эякуляторной интромиссией. После нее, как правило, отмечается более продолжительный интервал, в основе которого лежит постэякуляторная рефрактерность. Таким образом, фрикционный период, протекающий у многих видов (в том числе и у человека) непрерывно, здесь растягивается во времени, что делает крысу объектом, удобным для квантификации основных параметров копулятивного поведения [340, 341]. У мышей наблюдение облегчается еще и тем, что самец в момент эякуляции падает вместе с обхваченной им самкой на бок.

О состоянии механизмов, управляющих спариванием, можно судить по числу интромиссий, необходимых для наступления эякуляции, а также по длительности латентного периода между первой садкой в каждой серии и завершающей эту серию эякуляцией. Как правило, число интромиссий на эякуляцию с каждой последующей эякуляцией данной серии вначале уменьшается, что свидетельствует о сенсибилизирующем действии интромиссий на механизмы спаривания крысы в первой фазе [306, 429]. Когда же самца оставляют в течение часа с самкой, число интромиссий на одну эякуляцию сначала уменьшается, а затем в некоторых случаях снова увеличивается, тогда как постэякуляторный рефрактерный период увеличивается во всех случаях [306, 428]. В среднем число интромиссий, необходимых для того, чтобы вызвать эякуляцию, возвращается к исходному уровню приблизительно через 90 мин после прекращения половой активности. Если же самцу предоставить возможность спаривания до «полового насыщения» (критерий «полового насыщения» — 30 мин без садок), то латентный период, как показали последующие тесты, остается высоким в течение нескольких дней [306]. Динамика изменений полового поведения самца крысы демонстрируется на рис. 48.

По данным Ларссона [428], число интромиссий, необходимых для наступления эякуляции, уменьшается в результате принудительной отсрочки после очередной интромиссии, если эта отсрочка больше 45—60 с (т. е. больше нормального перерыва между садками), но не превышает 3—5 мин. Если же отсрочка превышает 10 мин, то эякуляции не происходит, хотя некоторые самцы продолжают спариваться несколько часов подряд (40—60 интромиссий). Таким образом, интромиссия, по-видимому, прогрессивно повышает возбудимость эякуляторного аппарата лишь в первой фазе, а затем она падает.

Сходные в принципе, но отличающиеся по параметрам данные в аналогичной серии экспериментов получили Бич и Уэйлен [307]. Они удаляли самку после 1—4 или 7 интроекций на 7,5—120 мин. Возбуждение после исходной серии интромиссий, сохранившееся после возвращения самки, оценивали, сравнивая число интромиссий, предшествующих эякуляции, в

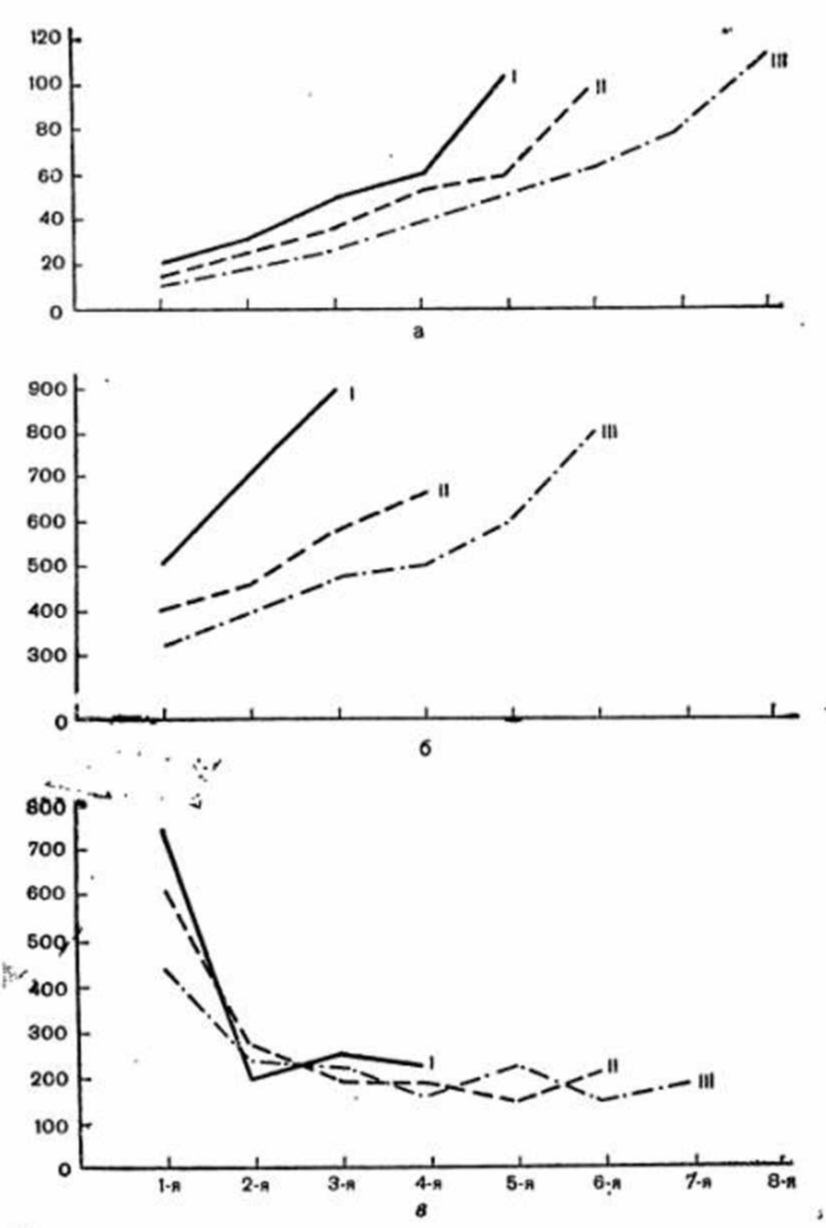


Рис. 48. Процесс изменения полового поведения самца крысы [306].

По вертикали — время (а — в минутах; б, в — в секундах); по горизонтали — последовательные эякуляции. Самцам после полного полового насыщения (30 мин без садок на самку в эструсе) предоставлялся 3-дневный (I), 6-дневный (II) или 15-дневный (III) восстановительный период. На оси абсцисс — номер очередной эякуляции. а — время от начала теста, в котором происходили последовательные эякуляции; б — продолжительность рефрактерных периодов после каждой очередной эякуляции; в — латентный период последовательных эякуляций (т. е. время от первой садки до наступления эякуляции).

опыте и в контроле. Оказалось, что возбуждающий эффект последовательных интромиссий носит кумулятивный характер и нарастает в продолжение нескольких минут после окончания последней интромиссии. Через 30 мин число дополнительных интромиссий уменьшалось до уровня, отмечающегося при обычном спаривании без принудительного перерыва. Некоторое возбуждение сохранилось и по прошествии 2 ч [312].

Другая часть экспериментов [302, 305, 531] выявила относительную независимость эякуляторного механизма от уровня

андрогенной насыщенности, влияющей преимущественно на начальные стадии копулятивного цикла. Так, при повышении доз вводимых андрогенов число различных объектов, вызывающих садки у самцов крыс, увеличивается, а латентный период садок уменьшается. В противоположность этому число интромиссий, необходимых для наступления эякуляции, не связано с уровнем андрогенов. Исходя из этого названные авторы пришли к заключению, что половая реактивность, оцениваемая по латентному периоду садок или интромиссий, непосредственно связана с уровнем андрогенов в крови; напротив, процесс эякуляции, хотя для него и требуется некоторый минимальный уровень андрогенов, в дальнейшем от него не зависит.

И наконец, об относительной автономности полового влечения крыс от чисто генитальной стимуляции свидетельствуют эксперименты по блокированию основной эрогенной зоны — анестезия пениса ксикаином, предотвращая или затрудняя выполнение полной интромиссии, не сказывается на способности к садкам [323, 293].

Роль аппаратов афферентного синтеза и акцептора результата действия в обеспечении копулятивного цикла

Несмотря на четкую отграниченность таких феноменов, как эрекция, интроитус, фрикции, эякуляция и детумесценция, весь копулятивный цикл протекает как единое целое. В основе этой интеграции физиологических компонентов в последовательную поведенческую реакцию лежат специальные механизмы, в частности те, которые обеспечивают взаимодействие нейрогуморальной и психической составляющих. Обе составляющие настолько тесно спаяны с самого начала индивидуального формирования сексуальности, что не всегда можно разграничить в половом влечении его наследственно обусловленный, филогенетический компонент от приобретенного, онтогенетического.

Физиологической основой тесного взаимодействия двух первых составляющих копулятивного цикла является то, что они объединены в одну *функциональную систему*.

П. К. Анохин, на протяжении многих лет развивавший концепцию функциональной системы как основы интегративной деятельности мозга, ставит особый акцент на *результате* как наиболее важном моменте, определяющем и пространственные параметры, и характер деятельности каждой из рассматриваемых функциональных систем. При этом основными структурными единицами любой функциональной системы являются два «блока»: 1) аппарат афферентного синтеза; 2) аппарат акцептора результата действия.

На схеме (рис. 49) представлена функциональная структура аппарата афферентного синтеза, которая в конкретном примере обеспечения начальных фаз копулятивного цикла у человека определяется:

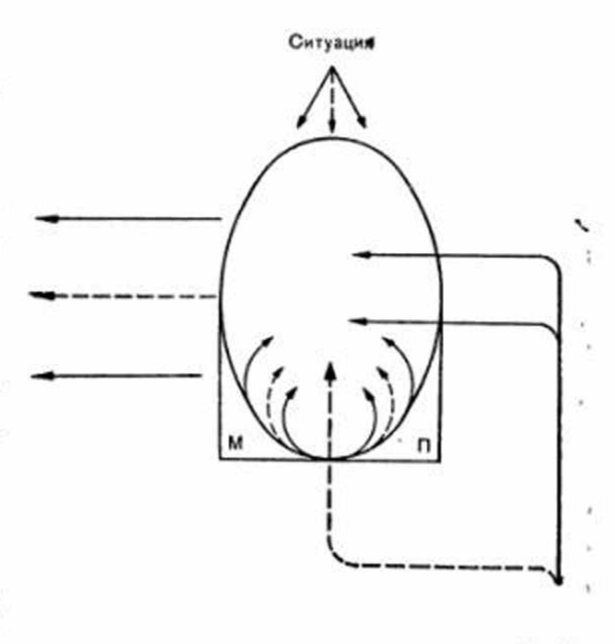


Рис. 49. Схема афферентного синтеза. По П. К. Анохину.

М — доминирующая мотивация; П — память.

I. Двумя потоками воздействий, исходящих из внутренних механизмов индивидуума:

1. Доминирующей мотивацией, возникающей на основе той потребности, которая в данный момент является ведущей. Доминирующая мотивация связана с нарушением гомеостатического равновесия, которое проявляется нейрогуморальными сдвигами, воспринимаемыми как чувство жажды, голода, полового возбуждения и т. п. [237].

2. Памятью, т. е. совокупностью энграмм, приобретенных как в результате личного опыта на основе физиологических актов, имевших место ранее в сфере данной функциональной системы, так и энграмм, приобретенных, например, в результате общения или чтения.

II. Двумя потоками воздействий, исходящих из внешней среды:

1. Ситуацией, определяемой совокупностью разрешающих и тормозных компонентов.

2. Стимулом, обычно выполняющим роль пусковой афферентации; в наиболее типичном случае сексуального поведения — прямым воздействием женщины.

Поскольку воздействия могут носить конкурирующий характер (положительные и отрицательные), конечным результатом афферентного синтеза является либо подавление, либо реализация определенной поведенческой реакции, и в последнем случае в складывающуюся констелляцию включается второй структурный блок функциональной системы — акцептор результата действия. Как показали П. К. Анохин и его сотрудники, любая эффекторная реакция сопровождается формированием в ЦНС особого физиологического аппарата, предназначенного для оценки успешности данной реакции. Если выявляется рассогласование действительного результата с ожидаемым, этот аппарат (акцептор результата

действия) тотчас же включает корригирующие механизмы, направленные на устранение рассогласования [5, 6].

В течении копулятивного цикла выделяются два момента, определяющих промежуточный и конечный физиологический результат: первым моментом, подлежащим параметрированию с участием акцептора результата действия, является наличие эрекции, степень которой должна быть достаточной для обеспечения интроекции; вторым является окончательный результат всего цикла — эякуляция, сопровождаемая оргазмом. Совершенно очевидно, что функциональная система, обеспечивающая копулятивный цикл, претерпевает постоянные динамические изменения на всем его протяжении; однако в этой беспрерывно меняющейся констелляции различные структурные элементы изменяются в различной степени и наряду с элементами более стабильными можно выделить элементы, меняющиеся коренным образом. В этом плане, разделив весь копулятивный цикл на две фазы — 1) от возникновения половой доминанты до начала момента интроекции; 2) от завершения интроекции до завершения эякуляции и оргазма, можно отметить, что если аппарат афферентного синтеза подвергается лишь частичной перестройке, то в аппарате акцептора результата действия изменения более радикальны.

В рассмотренной схеме, как она представлена для первой фазы (см. рис. 49), находит отражение теснейшая связь нейрогуморальной составляющей (мотивация) с психической (расчлененной здесь на три составные части: память, ситуация и стимул).

При этом следует еще раз подчеркнуть, что термин *память* в применении к аппарату афферентного синтеза включает в себя не только энграммы событий, уже имевших место в прошлом, но и элементы вероятностного прогнозирования, моделирование алгоритмов опережающего характера, т. е. предварительного построения целенаправленных иннерваторных последовательностей, еще не имевших места в индивидуальном жизненном опыте данной особи. Каждый молодой мужчина, совершая первый половой акт, еще не располагает при этом личным опытом и опирается только на более или менее расплывчатые представления, основанные на различных источниках. И как показывает сексопатологическая практика, преодоление этого психологического барьера неведения для некоторых мужчин оказывается непосильной задачей.

Наблюдение 13. Врач С., 32 лет, женившись 5 лет назад, не может начать половую жизнь, несмотря на то что и либидо и эрекции выражены в достаточной степени. Всякий раз, когда наступает момент близости, он не знает, как действовать, и доходит до полной растерянности. Как в профессиональной деятельности, так и вообще в жизни всегда отличался привычкой анализировать каждое свое действие.

В первую брачную ночь у него возникло состояние «общего мышечного и умственного оцепенения», парализовавшее его способность к действию. В последующие ночи подобных состояний уже не было, но всякий раз перед самой иммиссией, чувствуя себя находящимся лицом к лицу с неизвестностью, несмотря на наличие эрекций, невольно ловил себя на том, что активно пытается уйти от решительных действий (и чем далее — тем во все более ранней фазе). Только один раз за прошедшие 5 лет удалось ввести член в преддверие влагалища, но эрекция тут же прекратилась.

Жене 28 лет. Она до сих пор virgo. Взаимоотношения с ней в общечеловеческом плане очень хорошие. К половой несостоятельности мужа она относится так, как любящая мать относится к нежелательному, но не очень важному дефекту у своего ребенка.

Либидо у пациента пробудилось в 13 лет, когда он испытал первое, чисто платоническое увлечение. Более специфические, чувственно окрашенные компоненты (которые, однако, никогда не были очень выражены) присоединились примерно через год и привели его к мастурбации, однако при этом он никогда не представлял себя в конкретной ситуации коитуса. За 5 лет брака, в которые он продолжал онанировать (вызываемый при мастурбации образ носил отвлеченный характер и не был связан с женой), выраженных явлений привыкания и сексуального охлаждения к жене не отмечается: она до сих пор в полной мере сохраняет для него физическую привлекательность, и вид ее обнаженного тела вызывает у него сильные эрекции.

Всегда отличался настойчивостью в достижении поставленных целей и крайней возбудимостью, иногда до потери контроля над собой (так что совершал действия, о которых потом приходилось сожалеть); после женитьбы стал более спокойным. Наряду с этим чрезвычайно мнителен и склонен к самоанализу.

Объективно: рост 177 см, масса 80 кг. Высота ноги 88 см. Трохантерный индекс 2,01. Половой член: длина 10 см, окружность 9,5 см. Оба яичка имеют длину 5 см по максимальной оси. Умеренный акроцианоз кистей рук. Красный дермографизм быстро выявляется и держится несколько минут, по краям выступает белая «окантовка». Пульс лежа 70 ударов в мин, стоя 88.

В данном наблюдении была диагностирована декомпенсация психической составляющей (выявляющаяся на заключительном этапе эрекционной стадии) вследствие нарушения акцептора результата действия при попытках перехода к коитусу после привычного (в течение 14—19 лет) онанизма у личности мыслительного типа с чертами тревожной мнительности.

В лечении поначалу предполагалось идти к нормальному коитусу от мастурбации (как единственного доступного больному способа полового удовлетворения), с тем чтобы постепенно сократить разрыв во времени и пространстве между мастурбированием и тем комплексом сексуальных раздражителей, носителем которых является женщина. Однако выяснилось, что он сам уже пытался использовать этот путь — и у него ничего не получилось; сам он объясняет неудачу тем, что он не может представить того стереотипа ощущений, через которые ему надлежит пройти в коитусе. Поскольку маятниковая проба Бэкона показала высокий уровень внушаемости, было решено попытаться вложить в сознание пациента недостающую «матрицу» в гипнозе. После нескольких сеансов гипнотерапии наступила

полная нормализация половой жизни, подтвержденная длительным катамнезом.

Часто встречающаяся в практике сексопатолога физиологическая коллизия между акцептором результата действия, зафиксировавшимся вследствие многолетней мастурбации, и тем качественно новым акцептором результата действия, который экстренно формируется при изменении условий благодаря включению комплекса натуральных воздействий при попытке полового сношения с женщиной, имеет экспериментальную модель. Когда в эксперименте с собакой по условнорефлекторной методике П. К. Анохин и Е. Ф. Стреж [7] заменили слабое, но привычное подкрепление в виде 20 г сухарей на мясо, в результате у животного возникли подчеркнутая ориентировочная реакция, двигательное беспокойство и преходящий отказ от пищи.

Если приведенное выше клиническое наблюдение можно рассматривать как случай, в котором трудности перестройки акцептора результата действия определяются почти исключительно особенностями личности, то в большинстве других случаев попытки переключения на новую последовательность событий, свойственную коитусу, предпринимались на фоне ослабления нейроэндокринного обеспечения, когда у пациентов имелись признаки задержки пубертатного развития в виде редукции как интенсивности, так и экстенсивности периода юношеской гиперсексуальности (т. е. позднего его начала и раннего окончания). Редукция же этого периода, устраняя натуральную гиперкомпенсацию, необходимую для преодоления барьера неизвестности, превращала незначительные помехи в неодолимые препятствия. Так, у одного из больных утрата эрекции последовала за состоянием растерянности, вызванным тем, что в первую брачную ночь жена сразу легла на спину и развела бедра, в то время как в той предполагаемой последовательности действий, которая сложилась в представлении пациента, «все должно было начаться с ласки, т. е. с объятий и поцелуев». Понятно, что единственным физиологическим механизмом, способным преодолеть рассогласование вероятностной модели, построенной самим пациентом, с соблюдением всех этических нюансов, и той натуралистической моделью, с которой он столкнулся, мог бы послужить только сильнейший либидонозный напор, доходящий до похотливого ослепления, в норме как раз и обеспечиваемый периодом юношеской гиперсексуальности. Ослабление нейрогуморального обеспечения у значительной части пациентов при чрезмерной склонности к абстрактно-логической переработке впечатлений в ущерб непосредственно-чувственному восприятию окружающего придавали их переживаниям и действиям столь чуждую сексуальной сфере интеллектуалистичность. Именно от такого рода больных часто приходится слышать, что задолго до брака они «сохраняли» себя для будущей жены, не позволяя себе ни добрачных связей, ни даже мастурбаторных

актов. После брака, когда выявились непреодолимые препятствия к осуществлению половой жизни, подобные мотивы нередко приобретали еще более четкое звучание, тем самым демонстрируя свой защитный (в плане психологического самооправдания) генез. Весьма красноречив как пример взаимной адаптации тот факт, что нередко в подобных случаях жена активно воспринимает ту же мелодию; так, супруга одного из больных, прожившая с ним в «невинном» браке («как брат и сестра») 8 лет, так формулировала свое понимание проблемы семейных отношений: «Человек, это — высшее существо, и физическая близость только опошляет взаимоотношения».

Тесная взаимосвязь механизмов первичной (нейроэндокринное обеспечение), вторичной (безусловнорефлекторное подкрепление условных сигнальных комплексов) и третичной (чисто психологическое обоснование определенной линии поведения) мотивации с механизмами чисто ситуационными отражается в значительной распространенности среди сексологических больных выработки сначала угасательного, а затем и условного торможения на сумму тех натуральных сигнальных комплексов, носителем которых является женщина. В свое время [48] при клинико-физиологическом анализе наблюдения так называемой импотенции женихов иллюстрировалась роль внутреннего торможения в активном угашении натуральных условных раздражителей, когда основным патогенетическим механизмом расстройства является систематическое неподкрепление натуральных сигнальных комплексов оргазмом как безусловнорефлекторным компонентом специфической функциональной системы. Те же характерные черты систематического неподкрепления фрустрационных возбуждений выступают у многих больных с дебютантными расстройствами потенции [67]: так, 3 больных, жены которых страдали парциальным вагинизмом, на протяжении от полугода до 2 лет производили ежесуточные (один из пациентов — до нескольких раз в ночь) попытки осуществления полового акта; у 2 из них развилось прогрессирующее снижение эрекций на фоне постепенной утраты чувственного интереса к жене. У других больных провоцирующим моментом было пребывание (в течение первых 5 ночей в одном случае и 6 мес в другом) в той комнате, где спали молодожены, посторонних лиц; здесь, так же как и в случаях с преходящим псевдовагинизмом, развивается постепенное привыкание к жене, и к моменту, когда полностью устраняются все внешние помехи, проведение коитуса оказывается невозможным. Период «ухаживания», более или менее активный, у многих из рассматриваемых больных растягивается, причем не на месяцы, а на годы. Больной Рт. знал свою будущую жену и относился к ней как к будущей подруге жизни в течение 10 лет. М. «ухаживал» за своей женой в течение 3 лет, в первую брачную ночь, заметив с ее стороны проявление боязливости, он ее «пожалел» и

ограничился поверхностными ласками, чему она обрадовалась, но сам он поначалу очень тягостно переносил как сами сексуальные фрустрации, так и их последствия. Ч. на протяжении 6 лет, предшествовавших браку, систематически (1—3 раза в неделю) встречался с женщинами в обстановке, допускавшей только объятия и поцелуи, — всякий раз при этом у него возникали эрекции, но ни разу не было эякуляции и оргазма. Последние 3 года из 6 он встречался с одной и той же женщиной — своей будущей женой, за несколько месяцев до брака эрекции во время этих встреч его больше уже не беспокоили.

Особенности сексуальной сферы женщины

Несмотря на то что у женщин сексуальные нарушения встречаются чаще, чем у мужчин [281, 416, 297, 87, 200, 211, 213], обращаются они за сексологической помощью реже. Так, по данным И. М. Аптера, среди сексологических больных, обратившихся в Харьковский психоневрологический диспансер в течение 15 лет, было всего 8% женщин. При этом большинство из них были женами лечившихся в этом диспансере больных. По данным Н. С. Нешкова, в Луганске из 1896 обращений по поводу сексуальных расстройств женщины составляли только 1%. По-видимому, это обусловлено внешне пассивной ролью женщин в половом акте: в отличие от мужчины, выпадение любого сексуального компонента у которого, сказываясь на эрекции, делает половой акт невозможным, большинство сексуальных расстройств женщины, за исключением вагинизма, не только не лишает ее формальной возможности участвовать в коитусе, но и не отражается на прокреативной функции. Однако вопреки этой кажущейся устойчивости полового функционирования женщины в действительности ее сексуальность отличается повышенной избирательностью и большей хрупкостью в самых интимных, внутренних механизмах. Это подтверждается многочисленными наблюдениями над самыми различными представителями биосферы и прослеживается на протяжении всей эволюции. Например, у близкородственных рыб неопытные самцы ухаживают неразборчиво, но после приобретения опыта стремятся только к самкам своего вида, так как только самки собственного вида позволяют сблизиться с ними. Самки же избирательны с самого начала [445]. По наблюдениям Тинбергена, самки птиц, присутствующие при брачных танцах самцов, оказывают предпочтение лишь некоторым из них [516, 517].

Самки норок, отвергающие ухаживания одних самцов, охотно спариваются с другими; некоторые из них, отвергающие всех самцов, легко спариваются только в том случае, если их временно «ослепить», закапав им в глаза раствор атропина [цит. по 328]. Характерно, что даже при «гаремном» положении са-

мок у котиков право выбора партнера остается за самкой. Она теряет свободу выбора только после того, как гаремы сформировались [94].

Повышенная разборчивость самок оправдана эволюционно, так как от неправильного выбора они теряют больше, чем самцы, — самки многих классов (насекомые, рыбы и др.) могут сблизиться в течение жизни только один раз, следовательно, неправильный выбор ведет у них к стерильности. У позвоночных самка также вкладывает больше сил и времени в продолжение рода (длительный период беременности или созревания яйца, в течение которого самка не может спариваться). В противоположность этому многие самцы потенциально полигамны.

Бич отмечает, что в филогенезе существует тенденция к уменьшению влияния уровня гормональной насыщенности на половое поведение и увеличение роли высшей нервной деятельности [303, 304]. И если неполовозрелые самки низших млекопитающих редко проявляют признаки полового поведения и обнаруживают половую активность только под влиянием введения гормонов, то самки приматов участвуют в сексуальных играх до наступления половой зрелости. Так, самки макак, достигнув шестимесячного возраста, в сексуальных играх принимают позу подставления [388]. Более того, если молодых обезьян изолировать и лишить этих игр в определенный период развития, то по достижении «зрелого» уровня половых гормонов у самок не сформируется правильное поведение (выпадут позы подставления, проявится агрессия), что затруднит спаривание [377].

У человека же выбор партнера и ритм половой активности обычно (во всяком случае в первые годы) определяется мужчиной, и чаще всего именно мужчина навязывает женщине собственную «мелодию любви» (т. е. прежде всего длительность интервалов между отдельными сношениями, а также формы проведения полового акта). Эта зависимость от инициативы и произвольности выбора мужчины отчасти и определяет вариативность кривой копулятивного цикла женщины в отличие от однообразного характера этой кривой у мужчины.

Если сравнивать динамику формирования полового сознания мужчин и женщин, то можно отметить, что у мужчин оно формируется более прямолинейно. Две первые стадии, понятийная и романтическая, по основным проявлениям совпадают у женщины с аналогичными стадиями мужского развития. Однако некоторые различия прослеживаются уже с формирования понятийной стадии. В этот период игры мальчишек носят агрессивный характер и видимой связи с половой сферой не выявляют. Основная же игра девочек — игра в куклы — отражает кардинальную направленность сексуальности будущей женщины — стремление к материнству. Если в детстве формирование понятийной стадии не было нарушено, это преобладание стрем-

ления к материнству над сексуальностью проходит через всю жизнь. Потребность высказывать заботу о потомстве — одно из наиболее широко распространенных у различных биологических видов и глубоко укоренившихся направлений полового инстинкта самки. При отсутствии собственных детенышей самки «усыновляют» детенышей своего вида, других видов или даже неодушевленные предметы [436].

У большинства женщин некоторые оттенки материнской любви отчетливо прослеживаются в заботах о муже или любовнике, в гипертрофированной опеке единственного племянника, особенно четко неотреагированный материнский инстинкт проявляется при одиночестве в форме перенесения этой любви на домашних животных.

Романтическая стадия у женщин более выражена и более длительна, чем у мужчин. На следующих этапах развития либидо различия эти становятся все более ощутимыми. Так, в отличие от мужчины, активное стремление к сексуальной близости как таковой у женщины обычно возникает после более или менее продолжительного периода регулярной половой жизни, чаще всего после родов.

По данным Асаяма [297], сексуальное либидо к 15 годам выражено у 28% мальчиков и только у 2% девочек, к 18 годам у 82% мужчин и 10% женщин, к 21 году у 100% мужчин и только у 25% женщин. Даже сексуальный интерес и сексуальная осведомленность у девушек в Японии значительно запаздывают по сравнению с мужчинами: та степень сексуальной осведомленности, которой к 15 годам располагают 50% юношей, достигается только 30—40% 18-летних девушек.

По данным А. М. Свядоща [213], в то время как 96—99% подростков мужского пола к возрасту 16—18 лет уже испытывали оргазм (обычно при мастурбации или поллюциях), из девушек того же возраста до начала половой жизни влечение к сексуальной близости отмечалось только у 20%. У этих же девушек наряду с низкой цифрой стремления к сексуальной близости у большинства ярко выражено чувство влюбленности, мечты о встречах и платоническом ухаживании. Стремление к ласке и нежности (эротическое либидо), чуждое природе молодых мужчин, свойственно почти всем женщинам, и только 0,8% женщин не испытывает в этом потребности. Возникает эротическое либидо до первой близости и сохраняется в течение всей жизни, сопровождая и сексуальное либидо, а некоторые женщины так и останавливаются в своем развитии на платонически-эротической стадии. Отмечена прямая зависимость между ранним началом менструаций и ранним возникновением эротического либидо. Но между началом менструации и пробуждением сексуального либидо четкой закономерности нет. При значительных гормональных нарушениях эротическое либидо отсутствует в 5 раз чаще — в 4% случаев.

Сексуальное либидо у женщины, по Кинзи [416], достигает максимума к 28—30 годам, но может так и не пробудиться в течение всей жизни, что бывает у 22,4% женщин по данным А. М. Свядоща [213] и у 14% по данным Кратохвила и Ждималовой [422]. По Голосовкеру [87], 34% женщин индифферентны к половому акту и 16,5% испытывают к нему отвращение.

На возникновение либидо влияет и воспитание: мужчины и женщины, начиная с патриархата, находились в неравных условиях [309, 371], и до настоящего времени во многих обществах к добрачным и внебрачным связям мужчины существует более спокойное отношение, а дефлорация до брака считается порочащей только женщину. Например, перед войной более чем 85% японок сохраняли девственность до брака, а более 90% мужчин имели добрачный опыт [297]. Такое отношение не может не проявляться в различном подходе к воспитанию мальчиков и девочек. Как правило, чрезмерно строгого отношения к добрачной активности чаще добиваются у девочек, а не у мальчиков, что ведет к запаздыванию сексуальной осведомленности и задержке сексуального либидо [199].

В этом отношении интересна работа Малевской [443], в которой показана корреляция между наличием ранних ласк (включая петтинг) и степенью полового удовлетворения. Подобная корреляция прослеживается и в «Отчете» Кинзи [416]. К сожалению, приходится сомневаться в достоверности выводов Малевской о пользе ранней активности, так как в исследованиях нет данных о половой конституции обследованных женщин. Без этого можно принять за причину одно из следствий сильной половой конституции.

Циклическое повышение либидо, по Кинзи и Аукен, чаще отмечается либо в предменструальный период (по Кинзи 52%, по Аукен 26,6%), либо в дни, непосредственно следующие за менструацией (25 и 45,7%), либо во время самой менструации (18 и 9,6%). И только у немногих женщин повышение либидо приходится на период овуляции (4,7 и 12,8%), наиболее благоприятный для зачатия [416, 299]. Мастерс и Джонсон не находят четкой закономерности в изменении уровня сексуальной возбудимости в зависимости от фазы менструального цикла. Они считают, что у каждой женщины — собственные сексуальные реакции, и нет двух подобных женщин. И эти сексуальные реакции, по их мнению, скорее зависят не от овуляции (уровня гормонов), а от психического состояния женщины (в том числе озабоченности и переутомления) [448].

Для того чтобы уяснить причины этих различий в становлении сексуальности у мужчин и женщин, следует учитывать, хотя и частный, но очень важный механизм мужской сексуальности. У мужчин, помимо либидогенного действия половых гормонов, происходит флюктуирующая стимуляция продуктами

внешней секреции, направленная на нервные окончания анатомических образований, в которых накапливаются половые продукты (феномен Тарханова). Именно наличие таких депо определяет самые значительные различия в урогенитальной физиологии мужчины и женщины.

Если у мужчин одной из первых реакций на половую стимуляцию является эрекция, которая играет в проведении полового акта решающую роль, то эрекция клитора и кровенаполнение остальных пещеристых тел половых органов женщины не имеют такого значения и не развиваются так скоро, как эрекция пениса. Кроме того, эрекция клитора имеет свои особенности. Увеличение объема клитора происходит в основном за счет увеличения диаметра ствола, а при возрастании уровня полового возбуждения не только не происходит дальнейшего увеличения объема клитора, но, напротив, все его тело оттягивается и уходит за передний край симфиза, что производит впечатление уменьшения клитора (ретракция клитора). К моменту оргазма видимая длина его уменьшается до 50%. Эрекция клитора у женщины может и вообще не возникать, причем это не затрудняет проведение полового акта и не мешает наступлению оргазма у женщины даже при клиторическом типе возбуждения [281, 448].

У женщины первой реакцией на половую стимуляцию является не эрекция, а увлажнение влагалища за счет вазоконгестии и транссудации мукоидного секрета через стенки влагалища, облегчающее интроитус [449].

Некоторые женщины испытывают во время оргазма чувство потери чего-то, отхождения или выбрасывания какой-то субстанции (что ранее давало повод предполагать, что у женщин тоже имеет место феномен, аналогичный эякуляции [281]). Небольшая часть рожавших женщин испытывала нечто подобное во время родов, в периоде изгнания. Физиологическими исследованиями Мастерса и Джонсон доказано, что у женщин при оргазме не происходит ни выбрасывания какого-либо субстрата, ни всасывания спермы маткой (448).

Условия появления первого оргазма свидетельствуют о большей кортикализации полового поведения женщины. Как уже упоминалось, у мужчины первый же оргазм, как правило, наступает машинообразно, без какой-либо предварительной выучки, в то время как у большинства женщин первый оргазм наступает после более или менее длительного периода регулярных половых отправлений, чаще после родов (табл. 5).

На основании этих данных можно говорить о латентном периоде «дремлющей» сексуальности у женщины. По данным А. М. Свядоща, 30% женщин впервые испытывает оргазм после родов. Если у мужчин каждый половой акт заканчивается оргазмом, то у женщин процент половых актов с оргазмом нарастает по мере накопления сексуального опыта: в 1-й год —

Таблица 5

Наступление оргазма у женщин в браке по данным различных авторов (кумулятивные %)

Длительность брака к моменту наступления первого оргазма	По Кинзи с сотр. (416)	По Асаяма (297)	По А. М. Свядощу (213)
1 мес	49	5—9	—
3 »	59	—	22
6 »	67	45	—
1 год	75	60—67	42
5 лет	83	—	72
10 »	87	—	89
15 »	90	80	—

63, через 5 лет — 71, через 10 лет — 77, через 15 лет — 81 и через 20 лет — 85 [416].

Может сложиться впечатление, что и количество женщин, испытывающих оргазм, и процент оргастичности нарастают не столько по причине накопления индивидуального опыта, сколько с возрастом. Действительно, Кинзи, сравнив возрастное нарастание оргазма у девочек и мальчиков, получил такую картину: в 9 лет 6% девочек уже испытали оргазм, в 11 лет — 9%, в 13 лет — 14% девочек и 56% мальчиков, в 15 лет — 25% девочек и 95% мальчиков. Но если сравнить наступление оргазма у женщин в зрелый период, то в группе замужних женщин в 16—20 лет оргазм испытывают 71%, а к тем же 20 годам из незамужних женщин при добрачных, менее регулярных, связях испытывают оргазм только 10%, в группе замужних женщин в 31—40 лет испытывают оргазм 90%, а к этому же возрасту при добрачных связях — только 30—38% [416].

Наиболее частыми причинами задержки пробуждения чувственности у женщин до брака являются неблагоприятные условия и нерегулярность отношений, неуверенность и страхи (быть покинутой, возникновения беременности, разглашения и «дурной славы»). Другими словами, у женщин та часть иннерваторных механизмов оргазма, которая формируется в результате собственного сексуального опыта, играет более важную роль, чем у мужчин [54].

У мужчины после оргазма всегда наступает чувство удовлетворения. Если же оргазм у него почему-либо исчезает, через некоторое время обычно распадается вся система, в том числе либидо и эрекции, патофизиологической основой этого является отсутствие безусловнорефлекторного подкрепления. У женщин удовлетворение без оргазма (satisfactio sine orgasmo) может продолжаться годами, не вызывая дискомфорта. Кроме того, мультиоргастичная женщина (способная во время одного акта

испытать несколько оргазмов), после одного, двух и даже нескольких оргазмов может остаться неудовлетворенной. Н. В. Иванов выделяет 15 типов расстройств полового удовлетворения у женщин [108].

Разнообразие сексуальных проявлений у одной и той же женщины на протяжении жизни демонстрирует следующее наблюдение.

Наблюдение 14. И., 58 лет. Замужем с 23 лет. Через $1^1/_2$ года после замужества (вскоре после родов) впервые испытала оргазм. С 24 лет до 39 лет — 50% оргастичности (бледный однократный оргазм), полностью удовлетворена половой жизнью. С 39 лет, после аборта с осложнениями, акт стал безразличным, оргастичность снизилась до 10%, притупились и все другие сексуальные ощущения. В 56 лет после надвлагалищной ампутации матки с придатками либидо усилилось, участились эротические сновидения, оргазм стал повторным, ярким. А еще через 6 мес либидо усилилось резко, стала испытывать влечение к посторонним мужчинам. Оргазм временами повторный (в этих случаях после нескольких оргазмов удовлетворение наступает), или, в периоды ухудшений состояния, сопровождающихся обострениями влечения, принимает волнообразный характер, интенсивный, «до бешенства», длится до 2 ч. Если продолжать стимуляцию, начинает сказываться утомление, оргазм становится болезненным, появляется сухость во влагалище, а удовлетворения так и не наступает. При обследовании у больной обнаружена опухоль гипофиза.

Тот же самый факт приложимости феномена Тарханова только к мужскому полу объясняет и радикальное различие в протекании заключительных стадий копулятивного цикла обоих полов. Различие это носит принципиальный характер и может быть охарактеризовано следующим образом. У мужчин физиологическая сторона удовлетворения занимает четко доминирующее положение, более стабильна, очень тесно спаяна с оргазмом. В противоположность этому у значительной части женщин психологическая сторона удовлетворения от коитуса доминирует над физиологической; само удовлетворение как по глубине, так и по тональности широко варьирует (даже у одной и той же женщины в зависимости от временных, ситуационных факторов, отношения к партнеру и т. п.); связь между удовлетворением от интимной близости и оргазмом носит факультативный и рыхлый характер.

Таким образом, можно сказать, что удовлетворение, наступающее после окончания полового акта с любимой женщиной у самого страстного мужчины, обладающего богатством всех сторон личности, отличается от удовлетворения, которое испытывает после мастурбации человек с умственной отсталостью, лишь тонкостями психологической нюансировки. У женщины же главная особенность заключается в том, что психическая составляющая играет не модулирующую роль, воздействуя лишь на оттенки, а роль определяющую (при чрезвычайно широком спектре конкретных состояний психической составляющей). Очень часто, несмотря на наличие удовлетворения (хотя

и редуцированного), оргазма как такового у нее вообще не наступает.

Рассматриваемые соотношения настолько сложны, что для их уяснения необходимо дать еще один вариант формулировки: если у мужчины в основе сексуального удовлетворения лежит оргазм (определяемый главным образом процессами на уровне эякуляторной составляющей), а психическая составляющая есть по существу факультативная производная, то у женщины в основе сексуального удовлетворения лежит именно психическая составляющая, и при ее даже частичной функциональной блокаде оргазм (наступление которого определяется процессами в генито-сегментарной составляющей, если эта последняя сформирована у данной женщины) вообще не возникает.

Что же касается значения нейрогуморальной составляющей в возникновении оргазма, то она у обоих полов играет роль вспомогательную, лишь способствуя или, наоборот, затормаживая наступление оргазма, сама же по себе не является решающим фактором ни у мужчины, ни у женщины.

Вообще наступление оргазма у женщины, в отличие от мужчины, легче тормозится внешними обстоятельствами (присутствие посторонних в комнате, скрип кровати, телефонный звонок, неуверенность в партнере и т. п.). При хронометрировании длительности половых актов женщинами [59] оргазм у них не наступал независимо от продолжительности фрикций (даже у женщин мультиоргастичных). При переутомлении, нервном напряжении и неприятностях оргазм у женщин, как правило, не наступает. Наступление оргазма у женщины тормозится не только страхом беременности, но и неудачно выбранным методом контрацепции. Так, применение мужского презерватива, несмотря на увеличение продолжительности акта, лишает некоторых женщин оргазма. В состоянии алкогольного опьянения мужчин увеличивалась продолжительность актов, но у жен оргазм, как правило, не наступал [175]. Известно, что в животном мире самки во время полового акта более отвлекаемы, чем самцы. Так, по Кинзи [416], кошка прерывает половой акт и бежит за мышью, а кот не обращает на мышь внимания.

Проблеме изучения оргазма у женщины в зарубежной литературе, начиная с работ Ван де Вельде [521, 522], посвящено множество как строго научных, так и популярных публикаций. В них большей частью описываются техника «форшпиля» и «нахшпиля», разнообразные положения в коитусе, позволяющие обеспечить прямое соприкосновение спинки полового члена с головкой клитора, а также различного рода вспомогательные приемы воздействия на эрогенные зоны. При этом из поля зрения нередко выпадает наиболее важный, психологический компонент: женщина для получения оргазма должна видеть в мужчине если не героя, то уж во всяком случае человека, к которому она испытывает уважение.

Половая жизнь человека

Под половой жизнью подразумевается совокупность соматических, психических и социальных процессов, в основе которых лежит и посредством которых удовлетворяется половое влечение [129]. В обиходной речи выражение «половая жизнь» употребляется также как синоним, обозначающий половую активность.

При сравнительно-эволюционном анализе по мере продвижения к более высоко организованным видам в обеспечении половой активности наблюдаются уменьшение роли гормональной регуляции, возрастание роли высших отделов центральной нервной системы и перенос акцента с инстинктивных, наследственно обусловленных реакций на формы поведения, приобретаемые в процессе индивидуального развития [303, 304]. Крысы и морские свинки, выращенные в условиях полной изоляции, проявляют в последующем нормальную половую активность, инстинктивно находя адекватные своему виду формы поведения как при спаривании, так и при уходе за потомством [301, 366, 382]. В отличие от этого у приматов аналогичные эксперименты вызывают глубокие расстройства полового поведения, выраженные тем ярче, чем более высокое положение занимает животное на эволюционной лестнице [375—381]. У них индивидуальный опыт приобретает решающее значение «для организации отдельных компонентов полового поведения в единую функциональную систему» (определение Хайнда [387]). И хотя влияние на половую активность таких элементарных факторов, как механическое переполнение семенных пузырьков (феномен Тарханова) и уровень гормонов в крови, сохраняется даже у самых высокоорганизованных видов, однако по мере усложнения организации происходит уменьшение их роли и на уровне Homo sapiens вся структура мотивационных отношений претерпевает качественную перестройку, в результате которой решающую роль в определении форм полового взаимодействия получает система морально-этических взглядов личности. Наряду с этим происходит высвобождение от влияния сезонных биоритмов, и в конечном счете свойственный животным половой инстинкт, служащий целям воспроизводства, дополняется человеческой сексуальностью, назначение которой — создание глубокого личностного объединения между мужчиной и женщиной.

Таким образом, у человека в понятие полноценной половой жизни входит как обязательный компонент и общение духовное.

Как уже упоминалось выше, одна из особенностей человеческой сексуальности состоит в том, что переживания, связанные с удовлетворением половой потребности, эмансипируются, отделяются от ее первоначальной биологической цели — продолжения рода. Эта автономизация рекреативности от прокреативных задач и послужила принципиальной основой превращения элементарного полового влечения в человеческую любовь.

Любовь как специфический феномен социально-психологического развития человека

Под родовым понятием любовь понимается «интимное и глубокое чувство, устремленность на другую личность, человеческую общность или идею» [1]. Чрезвычайные сложность и важность видового феномена половой любви определяются пересечением в нем, как в фокусе, противоположностей биологического и духовного, личностного и социального, интимного и общезначимого. В древнеиндийском дидактическом трактате «Ветки персика» [цит. по 203] генезис любви определяется так:

Три источника имеют влечения человека:
душу, разум и тело.
Влечения душ порождают дружбу,
Влечения ума порождают уважение.
Влечения тела порождают желание.
Соединение трех влечений порождает любовь.

С этим классическим определением перекликается современный анализ структуры феномена, приведенный в уже цитированном источнике [1]: «Любовь есть сложная динамическая интеллектуально-эмоционально-волевая система, состоящая из множества меняющихся элементов. ...В противоположность мимолетному, быстро преходящему чувству увлечения, истинная любовь предполагает глубину переживаний, отличается полнотой своего проявления и целостностью, неразделенностью, „недробимостью"». Основным проявлением любви, определяющим цельность этого феномена, является фокусировка на объекте любви, порождающая отрешенность от собственного „я", по определению Гегеля: «Истинная сущность любви состоит в том, чтобы отказаться от сознания самого себя, забыть себя в другом „я" и, однако, в этом же исчезновении и забвении впервые обрести самого себя...» [384]. Наряду с бескорыстным самозабвением и идеализацией объекта любви [506] феномен характеризуется диалектической спонтанностью: «Как избиратель-

ное, свободное и вместе с тем органически принудительное выражение природных и духовных глубин личности любовь ни в своем возникновении, ни в угасании не „программируется" разумом и волей, хотя и находится под их контролем» [1].

Бесконечное разнообразие проявлений и форм любви порождало попытки выделить несколько обобщенных типов ее. Так, в древнегреческом языке использовались следующие термины: 1) «Эрос» — стихийная и страстная влюбленность, направленная на плотское или духовное, но всегда связанная с жаждой обладания и не оставляющая места для жалости или снисхождения. 2) «Филиа» — любовь-дружба, обусловленная социальными связями и личным выбором. 3) «Сторгэ» — любовь-нежность, особенно семейная. 4) «Агапэ» — жертвенная и снисходящая любовь как бескорыстная самоотдача, растворение любящего в заботе о любимом.

Основные формы половой жизни человека

Копулятивный цикл, в основе которого лежит нормативная модель гетеросексуального коитуса, не составляет единственно возможной формы половой жизни человека. Подобно тому, как из элементарных строительных блоков (кирпичи, панели, перекрытия, балки и т. п.) можно построить и здание консерватории, и дворец бракосочетаний, и жилой дом, и свинарник, основные проявления сексуальности (либидо, эрекции, эякуляции, оргазм) могут складываться в самые разнообразные формы, что иллюстрируется исследованиями Кинзи с сотр. [415, 416], Асаяма Синити [537] и др. Так, Кинзи с сотр. выделяет следующие шесть основных форм полового удовлетворения (sexual outlets): гетеросексуальный коитус, гомосексуальный коитус, поллюция, мастурбация, петтинг, «половые контакты с животными других видов».

Классификация Кинзи вызывает серьезные возражения, прежде всего в связи с отнесением всех выделенных им форм к норме. По-видимому, абсолютно нормативной моделью можно считать только гетеросексуальный коитус; поллюции должны быть отнесены к викарным проявлениям, мастурбация и петтинг — к суррогатным, а гомосексуальная практика и половые контакты с животными — к сексуальной патологии. Другим принципиальным недостатком классификации Кинзи является то, что она ограничивается только генитальными проявлениями, игнорируя психологические аспекты полового общения. Поскольку же у человека в понятие полноценной половой жизни наряду с генитальным взаимодействием в качестве обязательного компонента входит и общение духовное, различные формы половой жизни человека можно классифицировать следующим образом.

А. Экстрагенитальные формы половой жизни.
1. Платоническая любовь.
2. Танцы.
3. Гейшизм.

Б. Генитальные формы половой жизни.

I. Суррогатные и викарные (заместительные) формы половой активности:
1. Поллюции.
2. Мастурбация.
3. Петтинг.

II. Суррогатные формы коитуса:
1. Вестибулярный коитус.
2. Coitus intra femora.
3. Нарвасадата (coitus intra mammae), подмышечный коитус и др.
4. Coitus per anum:
   а) гетеросексуальный (paedicatio mulierum).
   б) гомосексуальный.

III. Нормативный гетеросексуальный коитус.

IV. Орогенитальные (лабиогенитальные) контакты (кейра, феллация, куннилингус).

V. Сексуальные действия с животными.

Формирование гармоничной половой жизни — процесс сложный, длительный, неравномерный и противоречивый, на пути к завершению которого могут, например, сочетаться платоническая влюбленность и мастурбация.

На первый взгляд отнесение платонической влюбленности к кругу проявлений половой жизни может вызвать недоумение. Однако и платоническая влюбленность порождает стойкую эмоциональную фиксацию на объекте любви и пусть не слишком бурное, но длительное кипение страстей. Классическим примером подобного рода активности может служить любовь Петрарки к Лауре.

Платоническая влюбленность и танцы чаще всего играют роль переходных форм, обеспечивающих знакомство, выбор и первые этапы предварительной адаптации к сексуальному партнеру, однако для определенного круга лиц платоническая влюбленность составляет единственную форму половой активности личности в течение значительного периода, а то и всей жизни, а танец — единственную форму сексуально окрашенного телесного общения.

Этапность формирования полового сознания, с акцентуацией на любой из четырех стадий, сочетаясь с особенностями темперамента и других компонентов структуры личности, обусловливает естественное многообразие типов психологического отношения мужчины к женщине. Однако в этом многообразии можно выделить несколько линий, между крайними полюсами которых разворачиваются вариационные ряды, характеризую-

щие наиболее значимые проявления. Одной из таких линий является чрезмерная идеализация («образ Мадонны» — Madonnenbild) и «низкий взгляд» («образ вульгарной женщины» — Dirnenbild), когда мужчину возбуждают только доходящая до вульгарности подчеркнутость внешних форм и развязность поведения женщины. Уравновешенная сексуальность, которой чужды обе эти крайности, обеспечивает гармоничное сочетание возвышенного, опоэтизированного любовного чувства с сильнейшим телесным влечением к одной единственной женщине. Крайности же психологического отношения служат одним из источников неудовлетворенности и адюльтера. При этом психологическая односторонность первого типа провоцировала такие ситуации, когда мужчина от своей интеллектуально и эстетически одаренной жены уходит к любовнице типа Dirne (буквально — девка, публичная женщина). При психологической неудовлетворенности другого типа мужчина, женатый на женщине типа Dirne, ищет на стороне женщину — носительницу нежного очарования, эстетизма, грации и изящества. Удовлетворению этой потребности в духовной стороне общения с женщиной в древней Греции служил институт гетер, а в Японии — институт гейш.

Поллюции (поздний лат. pollutio — марание, пачканье) — непроизвольные эякуляции (условно противопоставляемые «произвольным» при коитусе, мастурбации и петтинге), происходящие большей частью во сне. Ночные поллюции обычно сопровождаются сновидениями эротического содержания, которые, однако, при глубоком сне могут не сохраняться в памяти [406]. Поллюции служат одним из объективных проявлений полового созревания, вне пубертатного периода они приобретают значение викарного механизма, обеспечивающего периодическую эвакуацию эякулята. Наличие этого «предохранительного клапана сексуальности» облегчает тягостные проявления сексуальной абстиненции (фиксация психики на сексуальной сфере, спонтанные эрекции и т. п.). По выражению Иноевса (1850), ночная поллюция «производит некоторую бодрость и веселое расположение духа: мысли после нее делаются чище и яснее, а тело как бы облегчается от какой-то тяжести».

Мастурбация (от лат. manus — рука и stupro — оскверняю), *онанизм* (от искаженного библейского мифа об Онане), или *рукоблудие* — преднамеренное вызывание оргазма путем искусственного раздражения эрогенных зон, чаще собственных гениталий, хотя практикуется и взаимная мастурбация (например, между гомосексуалами). Феноменология, генез и семиологическое значение мастурбации будут подробно освещены ниже.

Очень близок феномену взаимной мастурбации петтинг (англ. pet — баловать, ласкать, а также раздражать). В русском языке слово петтинг употребляется только как сексологи-

ческий термин и обозначает преднамеренное получение оргазма искусственным возбуждением эрогенных зон в условиях двустороннего контакта, исключающего непосредственное соприкосновение гениталий [50]. Различают две разновидности петтинга—поверхностный и глубокий, понимая под поверхностным петтингом непосредственное раздражение эрогенных зон, в повседневной жизни обычно обнаженных, другие же эрогенные зоны (в том числе генитальные) раздражаются только через одежду. Наиболее частый случай поверхностного петтинга — сознательное форсирование поцелуев и тесных объятий до получения эякуляции и оргазма. Вторая разновидность — глубокий петтинг, предполагает прямое мануальное раздражение эрогенных зон, обычно прикрытых одеждой. Таким образом, взаимная мастурбация представляет феномен, который может быть расценен как частный случай глубокого петтинга.

Вестибулярный коитус обычно применяется в одном из трех случаев: 1) как средство предотвратить нарушение девственной плевы и наступление беременности; 2) когда ослабленная эрекция не позволяет осуществить интроитус (в подобных случаях производится ритмичное сдавление члена между vestibulum vulvae и лобком мужчины до наступления эякуляции и оргазма); 3) когда оргазм у женщины наступает только при интенсивном воздействии на клитор и малые губы, а вагинальные фрикции не дают ей полного удовлетворения, безразличны или даже неприятны.

Coitus intra femora обычно применяется для достижения целей, идентичных первому случаю использования вестибулярного коитуса. Древнеиндийские источники различают две основные разновидности coitus intra femora: викхарита — сношение между сомкнутыми бедрами женщины и виргхата — трение членом по промежности, «не входя ни в задние, ни в передние „ворота рая"» (здесь и далее санскритские термины транслитерируются по английским и французским переложениям [413, 412, 295], см. также [245, 238, 239, 240]).

Нарвасадата (coitus intra mammae) предписывалась для первого совокупления, если этому предшествовала разлука в несколько дней и если любящие хотели избежать зачатия (подразумевалось, что при этом извергается порция эякулята, содержащая зрелое семя, последующие же семяизвержения ввиду недостаточной зрелости их содержимого могли производиться и во влагалище).

Кейра является родовым понятием, обозначающим *орогенитальные (лабиогенитальные) контакты* вне зависимости от разделения ролей между мужчиной и женщиной. Кумбитмака (лат. cunnilingus, cunnilinctus s. cunnilinctio) — вызывание полового возбуждения воздействием на вульварную область

(главным образом клитор) губами и языком. Как деликатно поясняют древнеиндийские источники, этот прием самостоятельно употребляется, если мужчина вышел из игры раньше женщины и оказался настолько утомленным, что возможность удовлетворения женщины посредством полового члена исключена. Антипод куннилинкции — ф е л л а ц и я (лат. fellatio s. irrumatio) — вызывание полового возбуждения воздействием ртом и языком на половой член. Этот прием чаще всего применяется в тех случаях, когда мужчина оказывается настолько утомленным с а м о г о н а ч а л а, что не может рассчитывать получить удовлетворение иначе.

Межвидовые сексуальные контакты, хотя и ограничиваются анатомической видовой специфичностью гениталий, все же наблюдаются в животном мире даже среди далеко отстоящих видов, таких, как страус и самка антилопы [414], кобель и курица [357], и т. п. Один из наиболее экссквизитных межвидовых сексуальных контактов наблюдал Гэмилтон [372], когда в клетку, где содержалась пара макак, была подброшена змея 4 футов длины и самец, яванский макак Джоко, осторожно приблизившись к ошеломленной змее, предпринял энергичные попытки произвести копуляцию. Формы половой жизни определяются как привходящими обстоятельствами (недаром Кинзи подчеркивает, что половые действия с животными распространены именно в штатах с развитым скотоводством), так и прежде всего индивидуальными особенностями структуры личности; выделяя некоторые наиболее типичные корреляции, можно сказать, что поллюции — удел робких и боязливых, онанизм — застенчивых, а петтинг — сверхосторожных.

Понятие нормы в сексологии

Необходимость выяснения понятий о «нормах» половой жизни и об отражении этих понятий в представлениях людей, в частности людей, считающих себя сексологически больными, определяется тем, что часть пациентов приводят на сексологический прием именно превратные представления о нормах половой жизни при отсутствии у них каких бы то ни было расстройств половой сферы [52].

При этом, однако, именно в сексологии четкое определение понятия нормы сталкивается со специфическими трудностями, определяемыми тесным переплетением биологических, личностных и социальных факторов, чрезвычайной вариативностью индивидуальных отклонений, а также тем, что (в противоположность другим медицинским дисциплинам, в которых разработке диагностических и лечебных приемов предшествовало формирование четких представлений о норме) первые сексопатологи оказывали своим пациентам лечебную помощь, еще не разобравшись, что следует считать нормой половых проявлений. В результате до последнего времени не были определены даже самые элементарные количественные характеристики: каковы «нормальные» границы длительности полового акта, где начинается ejaculatio praecox и где — ejaculatio tarda; каковы «нормальные» пределы размеров полового члена и имеют ли они вообще семиологическое значение? Отдельные же публикации, появляющиеся в искаженном виде [59], не могли обеспечить сексопатологу правильной ориентации.

В хирургии никому не придет в голову накладывать гипс на абсолютно здоровую конечность. Сексологические же архивы хранят документы, свидетельствующие, с одной стороны, о длительном и упорном «лечении» по поводу ejaculatio praecox при продолжительности копулятивных фрикций в 5—10 мин и, с другой — случайно выявляемые факты, когда наступление эякуляции после 3—5 фрикций, наблюдаемое систематически на протяжении многих лет семейной жизни, не только не вызывает никаких беспокойств ни у одного из супругов, но, наоборот, порождает глубокую тревогу, когда проведение по совсем другому поводу хлорэтиловой блокады пояснично-крестцового отдела удлиняет половой акт до 40—50 фрикций, или $1^1/_2$—2 мин. Казалось бы, — очень простая истина: прежде чем

лечить сексуальные расстройства, необходимо разобраться, где, собственно, в сфере сексуальных проявлений проходит водораздел между нормой и патологией.

Подчеркивая специфические трудности параметрирования половой жизни человека, И. С. Кон выделяет три основных аспекта в определении нормы сексологических проявлений: «Сексуальная жизнь человека — чрезвычайно сложная и тонкая область. Вероятно, ни в одной другой области мы не говорим так часто о „норме", „отклонениях", „излишествах" и т. п., как здесь. Но что, собственно, значат эти понятия? Во-первых, понятие нормы употребляется в моральном смысле, обозначая такое поведение, которое считается правильным в свете существующей системы нравственности. Во-вторых, мы говорим о норме в статистическом смысле: как в среднем ведут себя люди в данном обществе, когда в среднем начинается половая жизнь, с какой интенсивностью она развивается и т. п. В-третьих, мы говорим о норме в физиологическом смысле, имея в виду оптимальный режим для данного организма. Очевидно, что все эти три значения не совпадают друг с другом» [128].

В первом томе «Отчета» Кинзи определяется вариативный размах крайних проявлений сексуальности, исчисляемый в 45 000! Приводим это место дословно: «...у некоторых мужчин не было эякуляций в течение длительных периодов, измеряемых годами, так, у одного по всем данным здорового мужчины эякуляция происходила один раз в 30 лет. У других происходило в среднем 10, 20 или больше эякуляций в неделю на протяжении длительных периодов времени; так, один мужчина (ученый и в то же время высококвалифицированный юрист-практик) имел в среднем более 30 эякуляций в неделю на протяжении 30 лет... Математический расчет показывает, что разница между одной эякуляцией в 30 лет и средней частотой эякуляций порядка 30 в неделю на протяжении 30 лет составляет 45 000 раз. Таков порядок размаха вариативности, и он может проявиться у двух индивидуумов, которые живут в одном городе и являются соседями. Близкие друзья, не располагающие, однако, их сексологическими характеристиками, могут рассматривать их как людей очень сходных» [415].

В том же исследовании была вскрыта и на огромном фактическом материале продемонстрирована статистически достоверная связь между принадлежностью к определенным социальным группам и моральными установками в отношении различных форм сексуального поведения. Так, представители экономически менее обеспеченных и менее образованных слоев населения, резко осуждая мастурбацию, положительно относились к добрачным половым связям и частой смене сексуальных партнеров. Представители же экономически более обеспеченных и располагающих более высоким образовательным цензом слоев населения, половая практика которых характеризовалась более

поздним началом половых связей (обычно после или накануне вступления в брак) и стойкостью установившихся отношений, в то же время проявляли терпимость в отношении мастурбации, в том числе ранней, и в собственной сексуальной практике применяли ее в течение многих лет.

Все три названных И. С. Коном подхода к определению нормы взаимно связаны и определяют друг друга. Так, *физиологическая* норма влияет на средние *статистические* показатели ряда половых феноменов, в частности, ограничивая максимальный предел некоторых функциональных проявлений. Ограниченная в определенной мере физиологическими рамками, практика, становясь традиционной, в свою очередь находит отражение в *морально-этических* канонах, таких, как Коран (например, суры 4 и 65) или Талмуд, рекомендующий «ученым одно сношение в неделю, ремесленникам и рабочим 2 сношения в неделю, погонщикам ослов 1 сношение в неделю, а людям здоровым, сильным и молодым, не имеющим никаких обременительных занятий, ежедневное сношение» [по 279]. Поскольку же физиологическая норма большинства половых проявлений представляет более или менее широкую п о л о с у, моральные установки, определяемые взаимодействием ряда исторических условий жизни национальных или религиозных сообществ, в свою очередь оказывая побуждающее или сдерживающее влияние, смещают статистические показатели отдельных сексуальных проявлений к их верхнему или нижнему физиологическому пределу. Например, морально-этический кодекс Корана поощрял многоженство, поскольку в ту эпоху, когда он создавался Мухаммедом, самым надежным обеспечением торжества идей ислама могла быть численность войск, и поэтому священная книга мусульман предписывала (чтобы рождалось как можно больше будущих воинов) каждому мужчине иметь столько жен, сколько он в состоянии прокормить, не гнушаясь и полонянками.

Поскольку, однако, в курсе клинической сексопатологии, предназначенном для врачей, наибольшее значение приобретает физиологическая сторона нормативности сексуальных проявлений, в дальнейшем будут представлены общебиологический, возрастной и конституциональный аспекты рассматриваемой проблемы.

Продолжительность фрикционной стадии копулятивного цикла и ее нормативная оценка

Данный феномен будет рассмотрен из-за его особой важности для практической работы врача-сексопатолога, а также как яркий пример, демонстрирующий те трудности, которые возникают при попытках параметрирования отдельных проявлений половой жизни человека.

Жалобы на изменение продолжительности полового акта предъявляют около 52% сексологических пациентов [53] и от 45% [490] до 56% [385] здоровых мужчин. При расстройствах, связанных с первичным поражением урогенитальной сферы, эти жалобы выходят на первое место [275], являясь в большинстве случаев самым ранним сексопатологическим симптомом. Между тем цифры, характеризующие нормальную продолжительность фрикционной стадии, приводятся лишь в единичных работах. Курьез, демонстрируемый публикацией Боуза «Продолжительность коитуса» [318], не содержащей никакого определения временны́х параметров нормального полового акта, к сожалению, представляет типичный пример. Даже Мастерс и Джонсон, располагающие фактическими данными о продолжительности фрикционной стадии, не подвергли их статистической обработке и не привели в своей монографии [449]. Ознакомление более чем с 600 публикациями выявило только три работы, в которых проблема изучалась научно [419, 399, 188]. Однако и в этих работах вопрос трактуется на основании только анамнеза и рассматривается лишь *нижняя* граница продолжительности копулятивных фрикций, а сами данные вызывают серьезные возражения.

Так, И. А. Попов [188] на основании интервьюирования 482 практически здоровых мужчин определил, что у 92,5% обследованных «эякуляционная способность» была нормальной, а у 7,5% имела место преждевременная эякуляция. При этом И. А. Попов относил к преждевременной «эякуляцию, наступающую через 7—10 с и ранее, или 9—10 фрикций и менее». В противоположность этому В. И. Здравомыслов на вопрос: «Сколько же времени должен длиться половой акт?» дает следующий ответ: «Мы считаем — не менее 5—10 мин» [105]. Исходя из клинического опыта и данных японских авторов [419, 399], принятие нижней нормативной границы, предлагаемой И. А. Поповым, привело бы к отказу от лечения значительного числа мужчин, которые в нем нуждаются, страдая несомненными сексологическими расстройствами [53]. Напротив, принятие нижней нормативной границы, предлагаемой В. И. Здравомысловым, привело бы к сексологической инвалидизации большинства мужчин, считающих себя здоровыми.

При полном отсутствии в доступной литературе определения нормальных параметров длительности фрикционной стадии копулятивного цикла положение могло быть исправлено лишь специальным исследованием, имеющим целью первичную ориентацию в этом вопросе, играющем в сексологической практике исключительно важную роль [59]. Для этого была подобрана группа мужчин, сексуальные проявления которых соответствовали принятым в научной сексологии представлениям о безупречном здоровье. По понятным этическим соображениям им были гарантированы абсолютная анонимность

и исключение из будущих публикаций даже групповых несексологических характеристик. При половых актах, совершаемых в привычной обстановке, обследуемые определяли длительность полового акта от момента интроекции до момента эякуляции секундомером и количеством фрикций. В одних случаях эти задачи выполнялись мужчиной, в других — женщиной. В отдельных случаях параметры снимались только женщиной и мужчина вообще не знал о проводимом исследовании. Если имели место эксцессы, учитывался только первый половой акт. Из общего расчета исключались отдельные случаи истинной пролонгации. В числе других сведений предусматривалась фиксация времени суток, положения, в котором проводился коитус, длительности предшествующего периода абстиненции (интервала между данным и предыдущим половым актом), кто проводил параметрирование, был ли оргазм у женщины, на какую фазу менструального цикла женщины приходился данный коитус.

Наименьшая продолжительность полового акта оказалась равной 1 мин 14 с (при 68 фрикциях), наибольшая — 3 мин 34 с (при 270 фрикциях), средняя продолжительность — 2 мин 2 с (при 62 фрикциях). За одну фрикцию при этом принималось лишь поступательное движение пениса. Наименьшее число фрикций равнялось 26 (при длительности копулятивной стадии 1 мин 30 с), наибольшее — 270 (при длительности 3 мин 34 с).

Кроме того, были определены переходные коэффициенты, позволяющие по количеству фрикций определить ориентировочную продолжительность полового акта в секундах, и наоборот. Для этого вычислялись отношения $\frac{f}{t}$ и $\frac{t}{f}$ (где f — количество фрикций, t — продолжительность копулятивной стадии в секундах).

Эти отношения закономерно изменялись в зависимости от индивидуальной продолжительности коитуса: обследуемые, у которых эякуляция наступает быстро, практиковали замедленные фрикции, напротив, обследуемые с несколько затрудненным наступлением эякуляции отличались более энергичными, быстрыми фрикциями (табл. 6).

Полученные данные указывают на необходимость значительной коррекции цифр, приводимых И. А. Поповым [188].

Для проверки влияния интервалов между двумя половыми сношениями на продолжительность копулятивной стадии коитуса, следующего за этим интервалом, был вычислен коэффициент корреляции между длительностью полового акта (в секундах) и продолжительностью предварительной абстиненции (в сутках). Он оказался равным — 0,73 ($r \pm m_r = -0,73 \pm 0,070$).

Проведение параметрирования (т. е. включение и остановка секундомера и счет фрикций) вызывало у большинства мужчин

Таблица 6

Основные параметры фрикционной стадии копулятивного цикла

Параметры	Основные значения параметров		
	наименьшее	наибольшее	среднее
I. Основные			
Продолжительность всей фрикционной стадии (t)	1 мин 14 с	3 мин 34 с	2 мин 2 с
Общее количество фрикций на протяжении коитуса (f)	26	270	62
II. Относительные			
Продолжительность одной фрикции в секундах $\left(\frac{t}{f}\right)$	2,84	0,79	2,52*
Количество фрикций в секунду $\left(\frac{f}{t}\right)$	0,35	1,26	0,51*

* Средневзвешенные значения.

удлинение копулятивной стадии (в пределах 10—20%). При этом изолированная хронометрия (без счета фрикций) сказывалась в меньшей степени, чем счет фрикций или счет в сочетании с хронометрией. У одного из мужчин эти отклонения не выходили за пределы его индивидуальных вариант, а в части случаев имели противоположный знак. У женщин любое вмешательство в нормальное течение полового акта (даже запуск и остановка секундомера без счета фрикций) полностью исключало наступление оргазма. Отмеченный эффект выявлялся вне зависимости от типовой принадлежности и наблюдался даже у женщин мультиоргастичных.

Из полученных данных очевидно неизмеримо большее значение для возникновения оргазма у женщин качественной стороны полового акта над количественной: у одной и той же пары оргазм у женщины отсутствовал при половом акте, который продолжался 5 мин 44 с (мужчина провел истинную пролонгацию и насчитал 213 фрикций), в другое же время имел место повторный оргазм при половом акте, продолжавшемся 3 мин (55 фрикций). Кроме поведения мужчины и настроения женщины, значительную роль в наступлении оргазма у женщины играет отношение коитуса к менструальному циклу — у большинства женщин чем ближе к фазе активного кровотечения, тем легче при других равных условиях наступал оргазм.

Возвращаясь к исследованию И. А. Попова [188], следует сказать, что, хотя предложенная им условная граница минимальной продолжительности копулятивной стадии и вызывает

возражения, его работа заставила критически пересмотреть некоторые установившиеся взгляды, оказавшиеся лишенными научных оснований. Дело в том, что среди населения широко распространено представление о некоей метафизической «половой силе», которая выражается: 1) сильным половым желанием; 2) сильными и частыми эрекциями; 3) длительностью полового акта. Такое наивное представление заставляет многих пациентов (когда они, например, возвратившись из отпуска, отмечают ускоренное наступление эякуляций) вместо сокращения интервалов между половыми актами, наоборот, увеличивать периоды воздержания (с тем чтобы накопить побольше этой самой таинственной силы). Этот взгляд, к сожалению, бытует не только среди самых высокообразованных пациентов, но даже среди врачей, ведущих сексологический прием. Более того, те же наивно-виталистические взгляды о vis virilis, камуфлированные под «идеи нервизма», находят отражение и в некоторых сексологических публикациях [136 и др.].

В противоположность этому, наблюдения над пациентами, прошедшими квалифицированное сексологическое обследование, показывают, что если первые два пункта триады «половой силы» совпадают с тем, что в науке обозначается как сильная половая конституция, то третий пункт этой триады чаще всего демонстрирует закономерность обратного порядка: случаи наибольшей продолжительности половых актов (исключая эксцессивные) чаще всего наблюдаются среди больных с поражениями нейрогуморальной составляющей и находятся в прямой зависимости от тяжести поражения.

Превратное представление о продолжительности копулятивной стадии как об одном из прямых показателей сильной половой конституции распространилось даже среди квалифицированных сексологов. Показательно, что тот же И. А. Попов определяет только минимальную продолжительность коитуса, не указывая максимальный его предел, и относит упоминаемого им мужчину, у которого «длительность полового акта, как правило, была 40—50 мин» [188], в графу нормальных проявлений эякуляции. То же игнорирование ejaculatio tarda как одной из форм патологии эякуляции, с невольным отнесением явных эндокринопатий в категорию проявлений сильной половой конституции, находит отражение в некоторых публикациях даже у такого видного сексолога, как Меллан [452].

Между тем Кинзи еще в 1948 г. писал: «Примерно у трех четвертых всех мужчин оргазм достигается в пределах двух минут после начала сношения и у немалой части мужчин разрядка может наступить до истечения минуты или даже в пределах 10—20 с после интроекции. Временами же мужчина может оказаться настолько возбужденным психически или физическими ласками, что эякуляция наступает до соприкосновения

гениталий... И все же представление, будто мужчина со столь быстрой эякуляторной реакцией невротичен или страдает какой-либо другой патологией, в большинстве случаев не является научно обоснованным. Некоторые клиницисты настаивают на отнесении эякуляций в разряд преждевременных во всех тех случаях, когда мужчина не способен задерживать эякуляцию до наступления оргазма у женщины. Учитывая, что многим женщинам высших слоев общества вследствие укоренения у них задерживающих условных рефлексов для наступления оргазма может потребоваться до 10—15 мин фрикционной стимуляции, а также учитывая и то, что многие женщины не испытывают оргазма никогда и ни при каких обстоятельствах в течение всей своей жизни, от мужчины, таким образом, если предъявить ему требование проведения затяжного коитуса без эякуляции вплоть до наступления оргазма у женщины, — значит ожидать совершенно ненормальной, патологической ареактивности».

Осуществленные рядом исследователей наблюдения свидетельствуют, что продолжительность копулятивных циклов (как завершенных, так и незавершенных, т. е. анэякуляторных), у различных приматов лежит в пределах намного менее минуты. У макак, по данным Карпентера, самец производит во время одной садки 2—8 фрикций [324], по Саусуику с сотр. [525], возбудившийся макак резус на протяжении 10—20 мин производит 5—25 садок, каждая из которых продолжается 3—4 с и состоит из нескольких единичных фрикций; при этом часть садок носит анэякуляторный характер. Самец бабуин в период одной садки, продолжающейся 10—15 с, производит 5—10 фрикций. У шимпанзе в течение одной садки производится 4—15 фрикций по данным Гудолл и 5—15 по наблюдениям Рейнолдзов [525]; все названные исследователи подчеркивают замедленный темп фрикций (примерно одна фрикция в секунду).

К этому следует добавить, что и у низших млекопитающих продолжительность фрикционной стадии лежит в пределах того же порядка (разряда) измерений, составляя у котов от 5 до 10 с [482], у баранов в случной сезон — около минуты по данным А. И. Лопырина [155] и 13—19 с по данным М. М. Асланяна и О. И. Лисовой [16].

Учитывая приведенные данные, нельзя не согласиться как с уже цитированным выводом Кинзи об абсурдности требований компенсировать пониженную сексуальную возбудимость у женщины механическим удлинением копулятивных фрикций у мужчины, так и со следующим его заключением: «Мужчина, реагирующий быстрой сексуальной разрядкой, будучи весьма далек от какой бы то ни было патологии, совершенно нормален среди других млекопитающих и совершенно обычен среди представителей собственного вида. Странно, что термин «импотенция» мог быть использован для квалификации такого рода

быстрой реакции. Трудно найти другую ситуацию, в которой индивидуум, отличающийся быстротой и интенсивностью своих реакций, оценивался бы иначе как по высшему разряду...» [415].

Динамика возрастных изменений половых функций

В отличие от всех других физиологических функций половые функции, в особенности их ядро — прокреация, детерминированы возрастом. И хотя работы Йоста вскрыли активность семенников уже во внутриутробном периоде развития, все же до наступления полового созревания бо́льшая часть сексуальных проявлений пребывает в латентном состоянии, развертывается в пубертатной фазе и по миновании репродуктивного периода постепенно, но неуклонно редуцируется. Подобная динамика возрастных изменений предопределяет необходимость соотнесения любого проявления сексуальности с возрастом обследуемого. Еженедельные ночные поллюции, представляющие естественный викарный механизм у 30-летнего участника геологической экспедиции, не могут быть отнесены к норме у семилетнего мальчика; в данном случае этот сексологический феномен именно из-за несоответствия возрасту приобретает столь же тревожный характер, как и полное отсутствие поллюций у 26-летнего молодого человека, не знающего, что такое половая жизнь и мастурбация. Для решения подобных задач сексолог должен знать основные закономерности динамики возрастных изменений половой сферы.

Между тем этот вопрос до сих пор недостаточно отражен в сексологической литературе. Имеющиеся крайне скудные данные представляют либо слишком одностороннее, либо крайне субъективное отображение соответствующих закономерностей. Так, Кинзи с сотр. дает основанную на значительном материале (несколько тысяч обследований) кривую уровней половой активности у мужчин (рис. 50), на которой, однако, отражен только один показатель — частота эякуляций в неделю, вне зависимости от их источника (при мастурбации, поллюциях, коитусе, петтинге и т. д.). Наряду с этим в 23-й главе первого тома «Отчета» Кинзи [415] даются так называемые клинические таблицы, составленные раздельно для холостых, женатых и ранее состоявших в браке практически здоровых белых жителей США; они содержат основные статистические показатели, характеризующие количество эякуляций в неделю по различным возрастным группам (с интервалом в 5 лет). В этих таблицах наряду с разбивкой по местности (сельские и городские жители), религиозной принадлежности (протестанты, католики) и др. представлена также разбивка по основным источникам получения эякуляции.

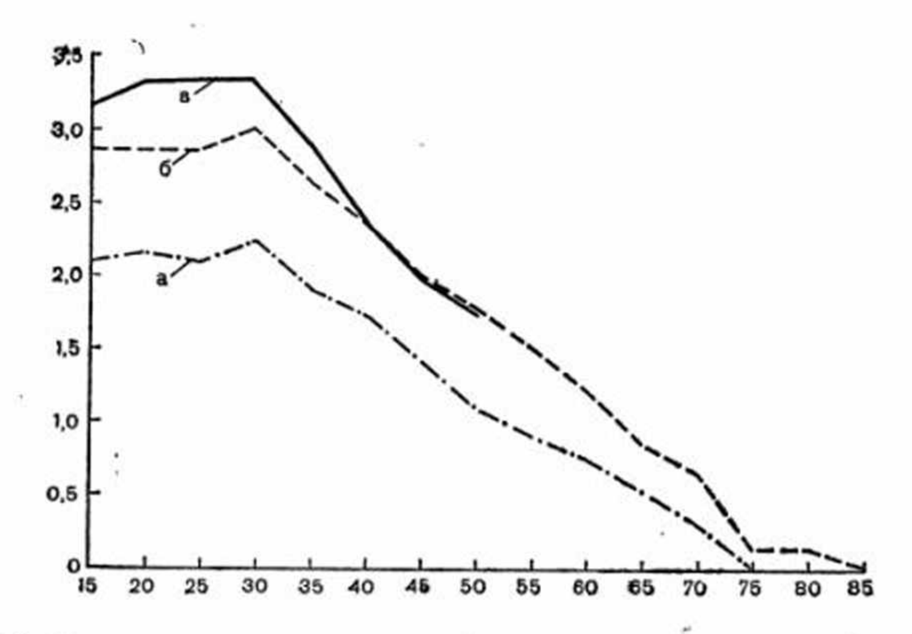


Рис. 50. Возрастные уровни половой активности мужчин (по числу эякуляций в неделю) [415].

По вертикали — число эякуляций в неделю; по горизонтали — возраст (в годах); а — медиана; б — средняя арифметическая; в — корригированная средняя.

Дикинсон в 1949 г. впервые публикует кривую сексологических проявлений у обоих полов (рис. 51) с обилием важных для сексологической практики деталей [342], основанную, однако, только на клиническом опыте автора. Эта кривая, предназначенная играть только роль пособия в педагогическом процессе и не опирающаяся на результаты параметрирования, полученные путем общепризнанных научных методов, воспроизводилась в большинстве сексологических работ на различных языках мира.

В связи с отмеченными недостатками кривых Кинзи и Дикинсона, которые не удовлетворяют запросы клинической практики, в отделении сексопатологии Московского НИИ психиатрии Министерства здравоохранения РСФСР было проведено собственное изыскание [54]. Поскольку в ходе каждого клинического обследования в карте фиксировались более десяти параметров (табл. 7), характеризующих возрастную динамику, то основной проблемой явилось выделение из числа обследованных контингента, приближающегося к норме. С этой целью из 1035 историй болезней были отобраны те, которые характеризовались не вызывающими сомнений нормальными половыми проявлениями либо на протяжении всей жизни (случаи «чистой» псевдоимпотенции при отсутствии личностного или соматического отягощения), либо вплоть до момента возникновения острого полового расстройства под влиянием явной и, как правило, грубой случайной причины (чаще всего травмы или тяжелой инфекции). При этом в группу включались также и те обследованные, которые на протяжении всей жизни характеризовались умеренными проявлениями половой актив-

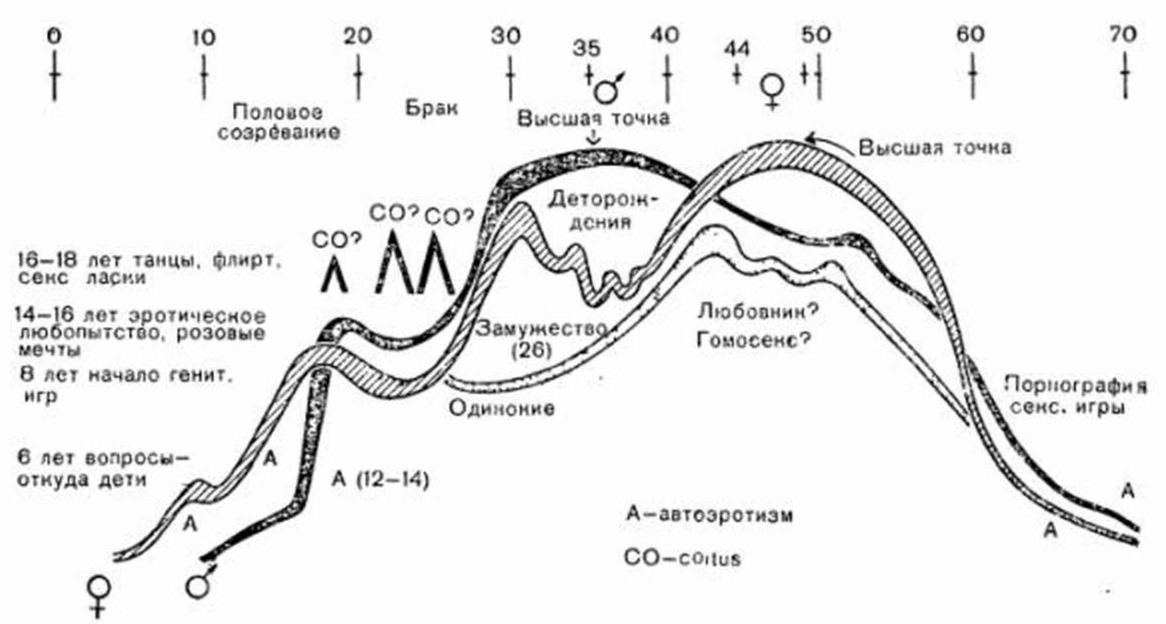


Рис. 51. Динамика возрастных проявлений сексуальности у мужчины и женщины [342].

ности, однако данный контингент включался в группу лишь при условии: а) отсутствия сексологических жалоб у обследуемого и у его жены, вплоть до острого возникновения полового расстройства; б) отсутствия объективных признаков выраженной задержки эндокринного развития.

Было обследовано 147 человек, удовлетворявших всем названным критериям. На каждого из них была составлена кривая динамики половой активности. После этого отдельные параметры были развернуты в вариационные ряды и подвергнуты обычной статистической обработке, результаты которой представлены в табл. 7. Затем полученные точки были нанесены на чистый бланк-основу и по ним построена обобщенная кривая (рис. 52).

Как показывает полученная кривая, весь возрастной диапазон половых проявлений мужчины четко разделяется на 4 периода: пубертатный, переходный, период зрелой сексуальности, инволюционный.

Каждый период имеет свои особенности. В пубертатном пробуждается либидо, а затем наступают первые эякуляции (чаще всего при ночных поллюциях), что у большинства (73,5%) служит толчком к началу мастурбации. Основная тенденция пубертатного периода — стремление к самоутверждению всех сторон личности — находит проявление и в половой сфере, в большинстве случаев завершаясь началом половой жизни (у большинства обследованных — в возрасте около 19 лет).

Переходный период характеризуется беспорядочными, случайными половыми связями. Для него наиболее типично чередование эксцессов с более или менее длительными абстиненциями, протекающими на фоне суррогатных (мастурбации, дневные поллюции, петтинг) или викарных (ночные поллюции)

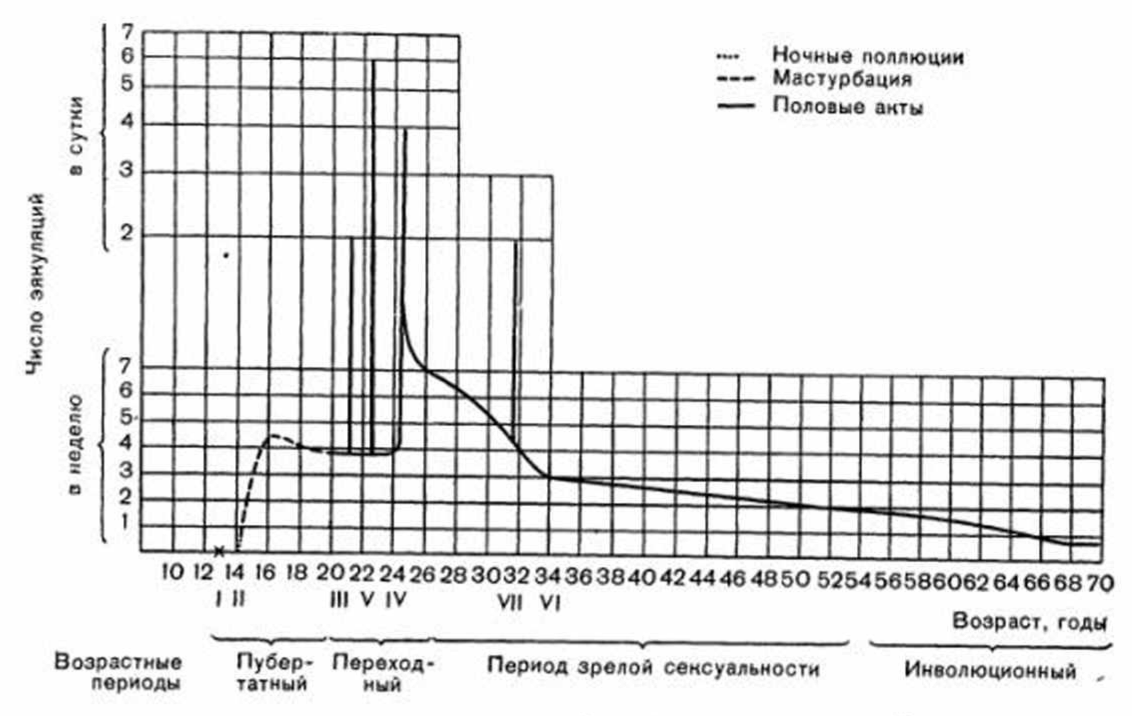


Рис. 52. Типовая кривая возрастной динамики половой активности мужчины.

I — пробуждение либидо; II — возраст первой эякуляции; III — начало половой жизни; IV — начало регулярной половой жизни в браке; V — максимальный эксцесс; VI — вхождение в полосу УФР; VII — последний эксцесс.

форм половой активности. Этот период у большинства молодых мужчин завершается вступлением в брак. Переходный период в большинстве случаев накладывает свой отпечаток и на начальный период брачных отношений, что проявляется эксцессами медового месяца.

Период зрелой сексуальности характеризуется установлением уровня половой активности, приближающегося к индивидуальным данным, определяемым половой конституцией, системой взглядов и условиями жизни. Этому способствует наличие постоянной возможности иметь интимную близость практически в любой момент (в большинстве случаев этот момент определяется мужчиной, и женщина обычно подчиняется той «мелодии любви» [108], которую ведет мужчина). Хотя в постоянной доступности коитуса и лежит, казалось бы, легкий путь к эксцессам, именно этот фактор и несет в себе противодействие: если при случайных встречах переходного периода молодой мужчина сначала стремится «вознаградить» себя за предшествовавший период полового воздержания, а затем тут же старается создать какое-то подобие противоядия от явлений лишения на последующий период абстиненции, то в браке само исключение длительных периодов абстиненции служит достаточным психологическим противовесом.

И, наконец, инволюционный период характеризуется постепенным снижением половой активности, ослаблением интереса к половой сфере.

Таблица 7

Основные параметры возрастных проявлений сексуальности *

Сексуальное проявление	Средняя арифметическая и ее средняя ошибка M±m	Примечания
Либидо	12,8±0,24	
Первая эякуляция	14,2±0,13	При поллюции — 51%, при мастурбации — 45%, при коитусе — 4%
Начало мастурбации	14,3±0,10	Никогда не мастурбировало 26,5% обследованных
Продолжительность периода мастурбации	5,5±0,37	
Максимальная интенсивность мастурбации (число мастурбаторных актов в неделю)	4,4±0,46	
Начало половой жизни	18,9±0,25	
Начало регулярной половой жизни в браке	24,6±0,30	
Первый эксцесс	21,1±0,33	
Максимальный эксцесс (возраст)	22,5±0,32	
Максимальный эксцесс (число повторных половых актов на протяжении суток)	5,9±0,19	
Последний эксцесс	31,6±0,64	
Начало полосы УФР (2—3 сношения в неделю)	34,1±0,69	УФР учитывается только в браке
Продолжительность полосы УФР	16,6±1,27	

* При отсутствии специальных оговорок средняя арифметическая характеризует возраст в годах.

Каждому периоду свойственны определенные половые феномены, которые можно считать даже специфическими, хотя они наблюдаются и в других периодах (как проявление патологии или компенсаторных механизмов). Такими проявлениями следует считать: для пубертатного периода — поллюции и мастурбации, для переходного — эксцессы, для периода зрелой сексуальности — условно физиологический ритм [УФР] и для инволюционного периода — абстиненции.

Пубертатный период

Термином **пубертат** (лат. pubertas — половая зрелость) принято обозначать период времени, на протяжении которого в организме совершаются внутренние перестройки, завершаю-

Таблица 8

Основные периоды полового созревания у мальчиков

(*по И. В. Голубевой* [232])

Признаки полового созревания	Периоды			
	1-й	2-й	3-й	4-й
Возраст	11—13 лет	13—15 лет	15—16 лет	16—18 лет
Яички	2,1×1,2 см	2,8×1,5 см	3,2×1,8 см	3,5×2,0—2,5 см
Мошонка	Появление легкой пигментации, начало отвисания	Истончение кожи, усиление отвисания, усиление складчатости, усиление пигментации	Дальнейшее истончение кожи, усиление отвисания, складчатости, пигментации, появление оволосения кожи мошонки	Мошонка сформировалась полностью. Грубая складчатость, пигментация, оволосение
Половой член	5—6×1,5—2 см	6,8×2,5 см	8—10×3 см	10—12×3,5 см
Оволосение	Усиление пушкового оволосения голеней, предплечий, у корня полового члена	Лобковое—женского типа. Усиление пушкового оволосения у углов рта и на верхней губе	Лобковое оволосение переходит на паховые складки, появляется пушок на подбородке, подмышечное оволосение	Лобковое оволосение мужского типа, оволосение по средней линии живота, появление оволосения на груди, подмышечное оволосение хорошо выражено. Появление оволосения на щеках
Голос	—	Начало ломки	Ломка	Стойкий мужской тембр
Прочие	Ускорение роста (до 12 см в год)	Ускорение роста (6—8 см в год)	Замедление роста (3—5 см в год)	Выраженное замедление роста (2—3 см в год)

щиеся достижением половой зрелости, т. е. способности к размножению.

Начало процесса полового созревания обусловливается гипоталамическим отделом мозга, вовлекая сначала гипофиз, а затем и другие отделы гормональной регуляции [345], перестройка которой сопровождается изменениями физического облика и психической сферы [514, 289, 344]. Важный признак пубертатного развития — установление регулярной активности гонад, проявляющееся у девушек менструациями, а у юношей — эякуляциями. Установление внутрисекреторной активности гонад у обоих полов проявляется также фазовыми изменениями темпов роста отдельных сегментов скелета, завершаясь установлением дефинитивных пропорций тела и формированием вторичных половых признаков.

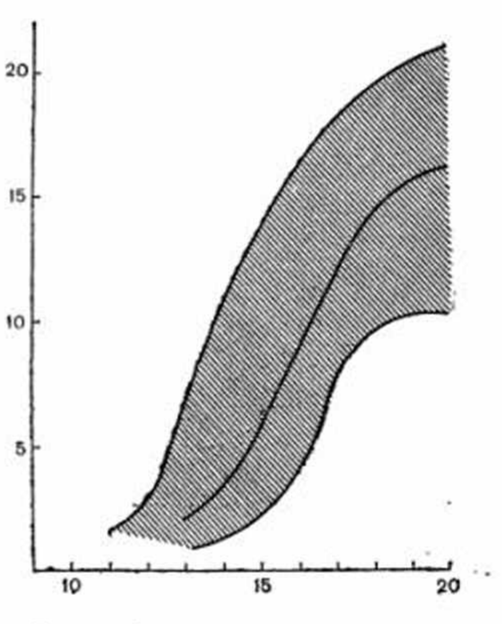


Рис. 53. Рост яичек человека в пубертатном периоде. Данные поперечных и продольных наблюдений [491].

По вертикали — объем яичка (в миллилитрах); по горизонтали — возраст (в годах).

Вторичные половые признаки включают главным образом изменения кожи (в частности, мошонки) и ее дериватов (именно в период полового созревания происходит рост гривы у льва, развитие так называемой половой кожи у обезьян, рогов у оленя). Первыми проявлениями пубертатного развития у мальчиков наряду с увеличением размеров яичек (рис. 53) и ускорением тотального роста являются интенсификация оволосения и изменения мошонки (табл. 8).

По данным В. Г. Сидамон-Эристави [218], первым признаком полового созревания мальчиков у 46% обследованных было изменение (ломка, или мутация) голоса (у 17% оволосение лобка). Средний возраст появления отдельных признаков у 50% обследованных составлял: для мутации голоса — 12 лет $3^1/_2$ мес, для оволосения лобка 12 лет $9^1/_2$ мес, для увеличения щитовидного хряща гортани 13 лет $3^1/_2$ мес, для оволосения подмышечных впадин 13 лет $9^1/_2$ мес и для оволосения лица 14 лет 2 мес. Изучая продолжительность и темпы формирования вторичных половых признаков, В. Г. Сидамон-Эристави нашла, что развитие отдельных признаков полового созревания имеет свои «пики» скорости, которые приходятся для мутации голоса — на возраст 12—14 лет (с наибольшим темпом к 13 годам), для оволосения лобка и увеличения щитовидного хряща гортани — 13—15 лет (с наибольшим темпом к 14 годам), для оволо-

сения подмышечных впадин — 14—16 лет (с максимальным темпом к 15 годам) и для оволосения лица — 15—17 лет.

Средние возрастные показатели и последовательность появления отдельных признаков пубертатного развития у обоих полов представлены в табл. 9.

Таблица 9

Средний возрастной показатель и последовательность появления признаков пубертатного развития у обоих полов
(по Зекелю [495])

Возраст, годы	Мальчики	Девочки
9—10		Рост костей таза, округление ягодиц Рост сосков
10—11	Начало роста яичек и полового члена	Начало роста молочных желез Рост волос на лобке
11—12	Активность предстательной железы	Рост наружных и внутренних гениталий Изменения эпителия влагалища и мазков
12—13	Рост волос на лобке (сначала по женскому типу)	Пигментация сосков. Увеличение молочных желез
13—14	Быстрый рост яичек и полового члена. Уплотнение околососковой области	Рост волос в подмышечных впадинах. Начало менструации (в среднем $13^1/_2$ лет, колебания от 9 до 17 лет). Первые менструации несколько лет могут быть без овуляции
14—15	Рост волос в подмышечной области, пушок на верхней губе. Начало изменения голоса	Самая ранняя нормальная беременность
15—16	Зрелые сперматозоиды (в среднем 15 лет, колебания от $11^1/_4$ до 17 лет)	Угри Более низкий голос Менструации принимают регулярный характер
16—17	Волосы на лице и туловище. Мужской тип растительности на лобке Угри	Остановка роста скелета
21	Остановка роста скелета	

Пубертатный кризис носит крайне сложный, интегральный характер, определяясь как гормональной перестройкой, так и главным образом коренной перестройкой психической сферы. Именно психика в пубертатном периоде наиболее ранима. Это определяется переходным характером ее развития; подросток внутренне уже не удовлетворяется пассивной ролью опекаемого ребенка, а внешнее окружение отрицает его право на принятие ответственных ролей взросло-

го, на каждом шагу давая ему почувствовать и его социальную незрелость, и экономическую зависимость.

На фоне общей ранимости психики особой уязвимостью отличается сексуальная сфера, именно в пубертатном периоде половое сознание должно совершить сложный переход от романтической стадии через похотливое ослепление сексуальной фазы с ее неумолимо-навязчивой фиксацией психики на генитальной сфере к стадии зрелого полового сознания, гармонически сочетающего провоцируемую феноменом Тарханова чувственность с высочайшими идеалами человеческой Любви.

Отмечая неопределенность юридических граней перехода от детства к взрослости и еще большую неопределенность этих граней «в общественном мнении, которое зачастую и двадцатилетнего человека не считает за взрослого», И. С. Кон подчеркивает, что в современном обществе «правовая и моральная неопределенность юности отражает сдвиги в реальном положении вещей, и прежде всего удлинение самого периода юности за счет, с одной стороны, более раннего полового, а с другой стороны — более позднего социального созревания» [127].

Феномен акселерации

Под *акселерацией* (лат. acceleratio — ускорение) понимают ускорение роста и развития детей и подростков, а также абсолютное увеличение размеров тела взрослых. При этом нередко смешивают принципиально различные понятия. Прежде всего акселерация как ускорение темпов индивидуального развития по сравнению с предшествующими поколениями (собственно акселерация как таковая) является частным проявлением тенденции к определенным изменениям в биологии современного человека, получившей в специальной литературе название *вековой тенденции* (seculalar trend), или *эпохального сдвига* [32, 37]. Но понятие акселерации не следует распространять на такие проявления эпохального сдвига, как увеличение продолжительности жизни, более позднее наступление менопаузы у женщин, изменение структуры заболеваемости и т. п.

Не следует также смешивать понятие *групповой,* или «вертикальной», акселерации как проявления этой тенденции, определяемой в сравнении с предшествующими поколениями, и ускорение развития, наблюдаемое внутри одного поколения (внутригрупповая, индивидуальная, или «горизонтальная», акселерация). Подобное индивидуальное ускорение развития, представляя один из естественных его вариантов (составляющий около 20% в каждой возрастно-половой группе [74]), оказывается проявлением эпохального сдвига (т. е. собственно акселерацией) лишь в части случаев (рис. 54). Войдет

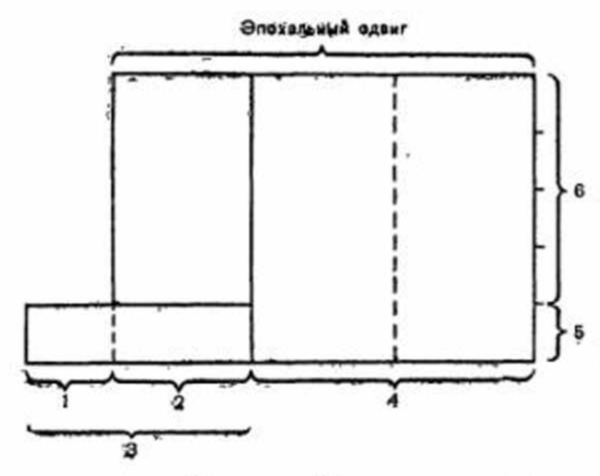


Рис. 54. Схема иерархических соотношений индивидуального ускорения темпов развития двух видов акселерации (внутригрупповой, или «горизонтальной», и групповой, или «вертикальной») и эпохального сдвига.

1 — внутригрупповая («горизонтальная») акселерация; 2 — групповая («вертикальная») акселерация; 3 — индивидуальное ускорение темпов развития; 4 — другие проявления эпохального сдвига; 5 — последнее поколение; 6 — четыре предшествующих поколения.

ли каждый случай индивидуальной акселерации в разряд групповой — это может определиться лишь в сопоставлении с темпами развития последующих поколений (ибо в следующем поколении эта индивидуальная акселерация может смениться индивидуальной ретардацией).

Феномен акселерации, наблюдающийся на протяжении последних десятилетий, проявляется в том, что по средним статистическим показателям современные дети уже к моменту рождения имеют больший вес, раньше происходит «скрещивание» величин окружностей головы и груди, наблюдается более раннее прорезывание молочных и постоянных зубов, к концу ростового периода достигаются большие размеры тела при более ранней стабилизации роста и отмечается более раннее половое созревание. Так, если Н. П. Гундобин (1906) в начале XX века наблюдал «скрещивание» величин окружностей головы и груди к концу первого года жизни, то авторы, исследовавшие эти параметры в середине столетия, отмечают перекрест в период 2—6 мес после рождения ребенка [227]. Средний возраст наступления первой менструации у норвежских девушек, в 1850 г. равнявшийся 17 годам, к середине XX столетия приблизился к $13^3/_4$ года.

В. Г. Сидамон-Эристави, сравнивая полученные ею данные о возрасте появления вторичных половых признаков у мальчиков в начале 70-х годов с соответствующими данными В. С. Соловьевой [225], констатировала более раннее появление всех изучавшихся признаков в диапазоне $1^1/_2$—9 мес [218].

Относительно акселерации психического развития мнения противоречивы. Одни исследователи полагают, что психика детей отстает от их физического развития и в конечном счете наблюдается задержка (ретардация), благодаря чему «статус здравомыслящего взрослого» достигается позже, чем столетие назад [470]; другие считают, что сомато-морфологическая акселерация идет параллельно с ускорением темпов психического развития. Однако отсутствие объективных показателей уровня развития психики не позволяет установить наличие и степень психической акселерации. Приводимые же в качестве доказа-

тельства психической акселерации данные указывают не столько на ускорение психического развития, сколько на увеличение осведомленности современных детей [75].

По вопросу о причинах акселерации существует ряд гипотез. Одни из них объясняют феномен стимулирующим влиянием электромагнитных волн, возникающих при работе многочисленных телевизионных, радиовещательных и радиолокационных станций, а также изменением уровня радиации вследствие работы рентгеновских установок и атомных испытаний [485]. Другие связывают акселерацию с изменением бытовых и санитарно-гигиенических условий жизни. Так, Тэннер основной причиной феномена считает количественное и качественное улучшение питания детей [514]. И. А. Аршавский, отмечая, что до сих пор феномен акселерации изучался лишь посредством регистрационных методик морфологических наук, в то время как для истинного понимания необходимо сделать его предметом физиологического анализа, считает, что акселерация — следствие изнеживающего влияния возросшего комфорта, ограничивающего двигательную активность [15]. В то время как Нольд объясняет акселерацию изолированным воздействием возрастания гетерозиготности [470], В. В. Бунак высказывает концепцию сочетанного, но неравнозначного влияния совокупности причин: «Существенный фактор усиления роста — увеличение гетерозиготности, возникающее вследствие учащения брачных связей между ранее изолированными группами населения. Интенсификация роста и ускорение полового созревания возрастает под воздействием нейрогенного фактора — усиления гонадотропных гормонов и андрогенов, стимулируемых нейрогуморами гипоталамической области. Нутритивный и гигиенический факторы составляют условия (но не причину) эпохальных сдвигов физического развития» [37].

Сопоставляя существующие гипотезы, необходимо согласиться с тем, что причиной акселерации является, очевидно, комплексное влияние ряда факторов, причем в разных местах и в разное время ведущая роль принадлежит различным факторам. Так, социальная обусловленность акселерации выступила на первое место в годы второй мировой войны, когда поступательное на протяжении последних 100 лет изменение темпов развития было не только прервано, но даже сменилось ретардацией. Это нашло выражение как в уменьшении длины и массы тела, так и в более позднем наступлении менструаций. По окончании же войны процесс акселерации возобновился, а темпы ее значительно возросли. В частности, у девушек Москвы менструации в среднем наступали [75]: в 1932 г. — в 15 лет 2 мес; в 1940 г. — в 14 лет 9 мес; в 1946 г. — в 15 лет 4 мес; в 1951 г. — в 14 лет 9 мес; в 1965 г. — в 13 лет.

Оценивая общее значение акселерации, В. В. Бунак, так же как И. А. Аршавский, приходит к выводу, что свойственные ей

проявления в целом нельзя считать безусловно благоприятным сдвигом в эволюции человека. Он констатирует, в частности, что соотношение конституциональных типов изменяется в сторону учащения «лептосомных плоских форм», а относительные размеры внутренних органов, особенно сердца, по-видимому, не соответствуют быстрому нарастанию длины тела [37]. В. Г. Властовский, С. М. Громбах и Ю. П. Лисицын отмечают, что «индивидуальная акселерация нередко сопровождается дисгармоническим развитием отдельных систем и функций, что приводит к физиологической дезинтеграции и снижению функциональных возможностей. У детей и подростков с ускоренным развитием чаще встречаются эндокринные расстройства, хронический тонзиллит, нервные расстройства, кариес зубов, повышенное артериальное давление», а также более остро протекают психологические и социальные конфликты [75]. В. М. Дильман, относя акселерацию к безусловно отрицательным проявлениям, ускоряющим развитие возрастной патологии, делает вывод, что «процесс акселерации необходимо терапевтически контролировать» [95].

Мастурбация как проявление возрастного криза пубертатного периода

Суждения о мастурбации, главным образом в плане ее влияния на здоровье, высказанные авторитетами в различных областях знания, формируют своеобразный континуум, на одном полюсе которого располагаются Tissot (1764), считавший, что онанизм вызывает целый ряд тяжелейших заболеваний (в том числе сифилис мозга), и И. М. Порудоминский [191], полагавший, что мастурбация столь же вредна, как tabes dorsalis, а на другом полюсе располагаются авторы, высказывавшиеся в своих публикациях об относительной пользе мастурбации при определенных обстоятельствах. Так, французский философ-энциклопедист Дени Дидро считал возможным рекомендовать ее лицам молодого возраста в качестве превентивной меры против утраты душевного равновесия [343], а Диаборн выражает надежду, что врачи-гериатры будут поощрять мастурбацию среди своих пациентов [338]. Однако в конце концов в сознании широкой массы врачей довольно прочно утвердилась модель прямых и жестких причинно-следственных отношений между онанизмом и половыми расстройствами.

Иллюстрацией необычайной готовности следовать этой схеме может служить публикация А. И. Оссендовского [177]. Отметив «увеличение одной или обеих грудных желез... у 52 мальчиков из 220 питомцев колонии в возрасте 12—18 лет», автор, даже не допуская, что и нагрубание желез, и онанизм могут быть параллельным результатом возрастных пертурбаций, делает безапелляционное заключение о том, что увеличение груд-

ных желез является прямым следствием «сильного злоупотребления онанизмом». Н. Ф. Чигаев [263], утверждавший, что «в числе признаков, характеризующих хронических онанистов, нужно отметить особый противный запах, который чувствуется при приближении к такому больному», далее пишет: «...от рукоблудия нередко замечается переход в настоящее извращение полового чувства, т. е. стремление к мужчинам, с наклонностью к пассивной (редко активной) нейрастении, к взаимному рукоблудию, сосанию половых членов, скотоложеству...»

Поскольку, однако, клинический опыт с течением времени вызвал сомнения как в отношении универсальности приведенной модели, так и в отношении самой ее структуры, она была проверена на фактическом материале. Для этого из клинического архива отделения сексопатологии Московского НИИ психиатрии Министерства здравоохранения РСФСР были выделены две группы мужчин: 1-я — с изолированным или четко преобладающим поражением нейрогуморальной составляющей. По характеру патологического процесса в этой группе доминировали органические и смешанные нарушения (81,6% при 18,4% функциональных); 2-я — с изолированным или четко преобладающим поражением психической составляющей. В этой группе, напротив, преобладали функциональные нарушения (92%).

Были использованы также данные Кинзи [415], исследовавшего сексологически здоровых лиц.

Результаты изучения материалов демонстрируются в табл. 10.

Таблица 10

Наличие мастурбации у мужчин при различных сексопатологических синдромах и в норме, %

Синдромы	Мастурбировали	Никогда не мастурбировали
Нейрогуморальные	27	73
Психогенные	76	24
Здоровые (по Кинзи и сотр.)	96,3	3,7

Как показывают приведенные данные, упомянутая модель не соответствует фактам, так как самый высокий процент лиц, практиковавших мастурбацию, встречается среди сексуально здоровых, и, наоборот, самый высокий процент тех, кто никогда не мастурбировал, встречается среди страдающих наиболее тяжелыми расстройствами потенции, с резким преобладанием органических и смешанных поражений (81,6%) над поражениями функциональными (18,4%).

Поскольку все же определенный процент никогда не мастурбировавших встречается в группе сексуально здоровых, и, на-

против, 27% из числа страдающих расстройствами нейрогуморальной составляющей мастурбацию практиковали, а промежуточная группа психогенной импотенции демонстрирует еще более пеструю картину, совершенно очевидно, что ни о какой универсальной модели, которая представила бы причинно-следственные отношения для любого случая, речи быть не может. На данном этапе можно построить модель, которая отражает причинно-следственные отношения лишь в частном случае раннего поражения нейрогуморальной составляющей и показывает при этом роль отсутствия мастурбации (см. с. 291, схему 1).

Таким образом, попытки понять генетические корни мастурбации с позиций чисто медицинских, при игнорировании аспектов биологических и социальных, обречены на неудачу и приводят к односторонним, неверным положениям.

И. И. Мечников, основываясь на данных произведенного им широкого статистического анализа, формулирует следующий вывод:

«Половая зрелость (pubertas), общая физическая зрелость (nubilitas) и брачная зрелость (возраст вступления в брак) составляют три важных момента в жизни человека, имеющих одну и ту же цель, удовлетворение стремлений к поддержанию вида (размножение). В одних случаях (большинство первобытных народов) эти три момента совпадают или почти совпадают друг с другом, в других же случаях они раздвигаются, между ними появляются промежутки, тем более длинные, чем дольше совершается развитие, и потому наиболее ощутительные у наиболее цивилизованных народов» [163].

Анализируя соотношение сил, порождающее один из самых острых возрастных кризисов, обусловленный чрезмерным усилением нейрогуморальной составляющей периода юношеской гиперсексуальности [47, 49], И. С. Кон выделяет следующие моменты, усугубляющие этот кризис [128]: 1) увеличение разрыва между половым и социальным созреванием; 2) урбанизация общества и уменьшение удельного веса семьи как фактора социализации молодежи; 3) эмансипация женщин и кризис так называемого двойного стандарта моральных требований (различного для мужчин и женщин).

Положение современной молодежи осложняется из-за расхождения между более ранним (вследствие акселерации) половым созреванием и более поздним — социальным.

«Значение этого разрыва очень велико. В докапиталистическом обществе браки обычно заключались, как только дети достигали половой зрелости (согласно иудейско-христианской традиции, этот возраст произвольно устанавливался в 12 лет для женщины и 13 или 14 лет для мужчин)... В новое время брачный возраст заметно повысился. Увеличился период, когда подростки или юноши уже имеют сексуальные потребности, но

еще не могут — социально и юридически — вступить в брак. Это ставит как общество, так и личность перед целым рядом проблем. По мнению некоторых сексологов, кульминация сексуальной активности у мужчин достигается уже в 17—19 лет (Kinsey). Половая энергия ищет соответствующего выхода, рождает в юношеской психике внутреннюю напряженность. Дело не только и не столько в физиологических потребностях, сколько в том, что начало активной половой жизни является для юноши важнейшим доказательством вожделенной «взрослости», существенным средством самоутверждения» [128].

Таким образом, *мастурбация есть порождение биосоциальной дисгармонии, в основе которой лежит тот факт, что биологическая организация половой сферы человека в силу присущей ей консервативности не меняется в те отрезки времени, в течение которых происходят значительные социальные изменения, отодвигающие возможность установления регулярных половых отношений на более поздние сроки.* Другими словами, мастурбация представляет суррогатное средство, позволяющее снять или смягчить проявления физиологического дискомфорта, порождаемые биологической потребностью, не находящей адекватного удовлетворения.

Христианская мораль с ее идеалами аскетизма и умерщвления плоти, отрывая половую любовь от ее психофизиологической основы, осуждала большинство проявлений человеческой сексуальности, и среди них — мастурбацию. По свидетельству Davis (1946), особой нетерпимостью в отношении мастурбации отличалась древнееврейская религия. Так, морально-этический кодекс Талмуда осуждает онанистический акт с бо́льшим ожесточением, чем даже прелюбодеяние: если последнее в некоторых обстоятельствах и с определенными лицами вполне экскульпируется, то мастурбация не находит никакого оправдания. Эта непримиримость древнееврейской религиозной морали в отношении мастурбации нашла отражение и при формировании христианской религии. Между тем в периоде юношеской гиперсексуальности, как показывают данные Кинзи с сотр. (см. табл. 10), лишь немногим з д о р о в ы м юношам удается избежать этой обходной тропинки. При строго научном подходе для нравственного осуждения мужчин, которые практиковали в своей жизни мастурбацию, не больше оснований, чем для предания анафеме тех, кто прибегал к рвоте или опорожнял верхние дыхательные пути от носовой слизи. Не следует забывать, что «формирование здоровой сексуальности — сложный и противоречивый процесс: чтобы убедиться в этом, достаточно прочитать «Исповедь» Руссо или юношеские дневники Чернышевского или Добролюбова—личностей, нравственная ценность которых ни у кого не вызывает сомнений» [128].

Сексуальные эксцессы как типичное проявление переходного периода становления сексуальности

Термин *эксцесс* (лат. excessus — выход, уклонение) чаще всего употребляется для обозначения выхода за пределы нормы, излишества, невоздержанности, нарушения общественного порядка. В данной книге под выражением *сексуальный эксцесс* будут подразумеваться повторные половые акты, совершаемые в пределах суток, при непременном условии, что каждый акт носит *завершенный* характер, то есть заканчивается эякуляцией.

Чисто физиологические основы эксцессивной сексуальной практики в применении к человеку изучены крайне недостаточно. Многоголосому хору псевдонаучных высказываний, определяющих эксцессы как «половые излишества», противостоят лишь единичные научные изыскания. Так, Кинзи с сотр. установили, что способность к повторным эякуляциям была самой высокой у 182 обследованных препубертатного возраста, «имевших возможность испытать свои способности»: из них эксцессы удавались 101, что составляет 55,5%. В возрасте от начала пубертата до 20 лет эксцессы имелись у 20% обследованных, а в 56—60 лет эту возможность сохраняли только 3%. Бо́льшая часть мужчин, обследованных Кинзи с сотр., утрачивала способность к повторным завершенным половым актам в возрасте 35—40 лет [415].

Этой физиологической корреляции (чем моложе возраст, тем больше возможности эксцессивной практики) противостоит многообразие мотивов личности. В одних случаях это — расчетливость (предельно использовать благоприятную ситуацию, ибо неизвестно, когда она снова представится), в других—мужское тщеславие, и в-третьих, — свойственная большинству молодых людей душевная щедрость, отвечающая на женское «я — вся твоя» аналогичным «я — весь твой» [108].

Полученные при исследовании возрастных параметров у здоровых мужчин средние арифметические (см. табл. 7) (первый в жизни половой эксцесс — в возрасте 21,1 года, максимальный эксцесс — в 22,5 года, начало *регулярной* половой жизни в браке в 24,6 года) с несомненностью свидетельствуют, что подавляющее большинство сексуальных эксцессов приходится на *переходный период* формирования сексуальности, укладываясь в интервал между началом первых половых актов (как добрачных, так и брачных) и завершением «медового месяца» (см. рис. 52).

Широкое распространение эксцессов (по данным отделения сексопатологии Московского НИИ психиатрии Министерства здравоохранения РСФСР, полное отсутствие эксцессов констатируется только при эндокринопатиях или аномалиях воспитания) требует критической оценки некоторых литературных

данных, порождающих ятрогению. Так, И. М. Порудоминский и В. Д. Кочетков [192], перечисляя этиологические причины так называемой спинальной формы импотенции, на первое место ставят половые излишества (29,3%), на второе — онанизм (28,6%) и на третье — прерванные и пролонгированные половые акты (24,2%). Таким образом, «половые излишества», онанизм и пролонгированные и прерванные половые акты составляют 82,1% причин самой, как утверждают авторы, частой формы сексуальных расстройств, оставляя на долю всех других патогенных воздействий менее 18%.

Между тем само отнесение половых эксцессов в разряд патогенных факторов требует научных доказательств, поскольку никогда никому не удавалось вызвать в какой бы то ни было иннерваторной системе стойкого и необратимого нарушения посредством свойственной данной иннерваторной системе формы деятельности, т. е. посредством адекватной ее стимуляции. Как показали работы школ Н. Е. Введенского и И. П. Павлова, на пути подобной «активационной деструкции» стоит универсальный физиологический механизм охранительного торможения, с неумолимым автоматизмом прерывающий специфическую деятельность, как только нутритивные клеточные органеллы израсходуют свой энергетический запас. Таким образом, с точки зрения физиолога, понятие «половые излишества» требует пересмотра: если мужчина может провести несколько сношений в течение суток, значит, он далек от «истощения» и подобный уровень функциональной активности вполне ему по силам; если же завтра что-то изменится (заболевание, значительная кровопотеря, расстройство питания и т. п.), то задолго до того момента, когда утрата энергетического потенциала примет ноцицептивный характер, наступит функциональная блокада иннерваторной системы, пока внутриклеточные энергетические системы не восстановят свою работоспособность. Следовательно, одного лишь намерения иметь эксцесс еще недостаточно для его реализации, и у лиц со сниженными функциональными возможностями на пути к проведению повторных половых актов возникают такие непреодолимые затруднения, как наступающее после окончания однократного полового акта выраженное и относительно стойкое (у одних измеряемое часами, у других — сутками и у третьих — неделями) снижение либидо и ослабление эрекций. В некоторых же случаях, когда женщине применением особых приемов удается возбудить эрекцию и спровоцировать своего партнера на проведение повторного полового акта, этот последний принимает затяжной, подчас мучительный характер, и эякуляция при самых длительных фрикциях так и не наступает. Понятно поэтому, что способность мужчины провести в течение суток определенное количество завершенных половых актов является бесспорным проявлением его половой конституции.

В заключение остается добавить, что сексуальный эксцесс — рабочий термин, характеризующий только сексуальную сферу мужчины. В женской сексологии этот термин вообще не применяется, что обусловлено отсутствием у женщины посторгастического рефрактерного периода, социальной ролью «ведомого» партнера и чисто биологически, каузальной логикой прокреации: если у самца при коротких интервалах между эякуляциями доля зрелых спермиев в каждой последующей порции эякулята неуклонно снижается, то у самки учащение совокуплений с разными самцами повышает все естественные параметры более быстрого и качественно лучшего оплодотворения, способствуя половому отбору и эволюционному развитию вида.

Условнофизиологический ритм половой активности как типичное проявление периода зрелой сексуальности

Кривая возрастной динамики половой активности мужчины (см. рис. 52) показывает, что наибольшую часть периода зрелой сексуальности занимает полоса, соответствующая 2—3 сношениям в неделю (по данным табл. 7, на нее приходится более 16 лет). Очевидно также, что именно эта частота сношений является самой устойчивой на протяжении всей жизни мужчины (на полосы, соответствующие 3—4, 4—5, 5—6 и 6—7 сношениям в неделю приходится не более чем по $1^1/_2$—3 года). Считая, что подобная стабильность вытекает из основной тенденции периода зрелой сексуальности мужчины — установить такой уровень половой активности, который бы максимально приближался к истинной *внутренней* потребности, определяемой конституциональными и физиологическими параметрами, этот уровень был обозначен как *условнофизиологический ритм* — УФР [50].

Первые, добрачные связи в большинстве случаев случайны, кратковременны и нерегулярны, что подтверждается данными Хертофта [385]; как показал датский исследователь, в 37,4% связь ограничивается одним коитусом, в 20,7% она прекращается после 2—5 интимных встреч, но даже в тех случаях, когда связь поддерживается длительное время, интимные встречи происходят относительно редко (в основном 1 раз в неделю и реже).

Данные Хертофта интересно сопоставить с данными И. Г. Петренко [182], обследовавшего студентов-медиков обоего пола в возрасте 21—25 лет. Отмечая, как и Хертофт, что «половой акт для юноши еще долгое время есть случайное явление», И. Г. Петренко в то же время демонстрирует четкую тенденцию к установлению все более прочных и регулярных отношений по мере увеличения возраста: если у начавших половую жизнь в возрасте 12—16 лет она принимает регуляр-

ный характер только в 9%, то в группе 17—20 лет отношения становятся регулярными в 27,9%, а у начавших половую жизнь после 20 лет — в 82,2%. Наряду с этим И. Г. Петренко отмечает и другую закономерность — более выраженную тенденцию к установлению регулярных отношений у студенток (у начавших половую жизнь в 17—20 лет связь принимает регулярный характер в 53,3% в отличие от 27,9% у студентов того же возраста).

Близкое соответствие предложенного индекса (УФР) средней статистической, физиологической и гигиенической норме подтверждается прежде всего данными о периодичности спермиогенеза [164, 402, 300, 458 и др.]. По Кинзи [415], преобладающими вариантами частоты половых актов являются для возраста до 30 лет 3,27 сношения в неделю, старше 30 лет 2,34. Физиологичность предложенного индекса получила своеобразное подтверждение в клиническом примере Мастерса, который рассказал в одном из своих интервью (1968) о супружеской паре, у которой не было детей, хотя на протяжении 6 лет брака, желая увеличить шансы возникновения беременности, супруги проводили по три сношения в сутки. Мастерс объяснил им, что количество полноценных спермиев при подобной интенсивности после каждой эякуляции уменьшается, а времени самого длительного интервала (не превышающего 15—16 ч) недостаточно для полного созревания спермиев, на что требуется от 36 до 72 ч. «Я предписал им, — закончил свой рассказ Мастерс, — делать перерыв на 36 ч, теперь у них трое детей, и они опять вернулись к своему оригинальному расписанию. Это — до некоторой степени уникальное противозачаточное средство».

Условность же количественной характеристики индекса УФР определяется тем, что некоторые мужчины (по данным Всесоюзного научно-методического Центра по вопросам сексопатологии) постоянно практикуют только эксцессивный коитус, в течение многих лет проводя не менее двух сношений в сутки. По окончании первого сношения они, как правило, только оживлялись (если была легкая сонливость, она исчезала), и очень скоро наступала сильнейшая эрекция (часто более сильная, чем первая), все сексуальные ощущения заметно обострялись. Обычные признаки сексуальной удовлетворенности (усталость, безразличие к эротическим раздражителям, сонливость) появлялись у подобных индивидуумов не менее чем после двух-трех сношений, и это не только, подчеркиваем, в молодом возрасте, а на протяжении всей жизни.

Инволюционный период

Границы трех первых возрастных периодов половой активности в большинстве случаев определяются без затруднений: пубертатный — по возрасту пробуждения либидо, соотне-

сенному с возрастом первой эякуляции, переходный — по моменту начала половой жизни и период зрелой сексуальности — по установлению стабильного уровня половых отношений в браке после минования полосы эксцессов «медового месяца». В отличие от этого инволюционный период не имеет четкого начала, поэтому его определение требует специальных критериев.

Клиническое изучение динамики инволюционного ослабления нейрогуморальной составляющей позволяет выделить [54] следующие критерии, характеризующие физиологическое возрастное снижение:

1. Изменение характера либидо, заключающееся в утрате оттенка настоятельности, неудержимости и хотя и сладостной, но все же мучительности. Вот как рассказывают об этом обследуемые: «Прежде через несколько дней после акта не мог найти себе места от неудержимого желания, а теперь сколько бы времени ни прошло — смотрю на женщину каким-то похолодевшим взглядом, как на прекрасную статую. Глаз восхищается, а того мучительного внутреннего горения, которое было прежде, как и не было никогда».

«Я всегда жил и сейчас живу плотно, в том смысле, что стараюсь закончить каждый день так, чтобы выполнить свой долг и перед людьми и перед семьей. В половом отношении я раньше как-то сдерживался, потому что было подспудное ощущение, что половая жизнь — это личное, и, растрачивая себя на это, я вроде совершаю что-то антиобщественное и постыдное — беру лично для себя энергию, которую должен отдать обществу. Поэтому я шел на половой акт тогда, когда не было никакой возможности сдержаться. А теперь я могу сдерживаться сколько угодно, а потому принуждаю себя уже в другом смысле — стараюсь раз в неделю так подстегнуть себя ласками, чтобы провести акт и выполнить свой долг перед женой».

Физиологическим коррелятом этого изменения является перемещение акцента на психическую составляющую в связи с возрастной редукцией нейрогуморального компонента либидо.

2. Утрата психофизиологической целостности в переживании ситуации интимного сближения. Если в пубертатном, переходном и зрелом периодах даже спонтанная утренняя эрекция сопровождается эротической фантазией, а обсуждение с интересной женщиной самых отвлеченных тем способно провоцировать появление эрекций даже в обстановке, далекой от интимности, то с началом инволюционного периода мужчина может, например, испытывать чувство благодарности к женщине и проявить его ласками и поцелуями без того, чтобы у него появилась эрекция. По достижении инволюционного периода утренняя эрекция при совместном нахождении с женщиной в постели может сопровождаться крайне ослабленным Vorlust или даже полным его отсутствием.

Другими словами, одним из характерных признаков наступления инволюционного периода является необходимость затрачивать определенные усилия, чтобы пробудить все основные проявления, необходимые для осуществления полового акта, и «подтягивать» либо эмоциональный настрой к эрекциям, либо эрекции к эмоциональному настрою. При запаздывании эрекций самым частым (и самым физиологическим) приемом является прежде всего простое удлинение периода предварительных ласк, а затем их интенсификация и включение некоторых дополнительных приемов (переход к коитусу при включенном освещении, применение не использовавшихся прежде положений, расширение круга мануальных манипуляций, в частности на половом члене, либо самим мужчиной, либо женщиной, и т. п.). В тех же случаях, когда при достаточных эрекциях отстает эмоциональная заинтересованность, что проявляется в известной психологической торпидности, затруднении переключения от бытовых и служебных забот к сексуально-эротической настроенности, Дикинсон [342] отмечает применение некоторыми мужчинами sex books (хотя Дикинсон и не раскрывает этого понятия, можно предполагать, что имеются в виду не столько чтение эротических описаний в произведениях художественной литературы, сколько использование иллюстрированных порнографических изданий).

Физиологическим коррелятом этого изменения, по-видимому, являются парциальные снижения уровней активности на отдельных участках системы обеспечения половых функций.

3. Изменение характера половых абстиненций. Объективно оно проявляется в переходе от парциальных абстиненций (при наличии эякуляций, обусловленных поллюциями, петтингом и т. п.) к абстиненциям абсолютным, или тотальным, субъективно — в утрате тягостного характера периодов вынужденной абстиненции.

Основным физиологическим коррелятом этого изменения следует считать возрастную редукцию нейрогуморальной активности, разыгрывающуюся на урогенитальном уровне (с акцентом на семенниках и их придатках, семенных пузырьках и простате).

Сексуальные абстиненции

Само по себе половое воздержание, если рассматривать его вне зависимости от возраста, может быть разделено на два периода — начальный, совпадающий с рефрактерной стадией копулятивного цикла (рис. 45), и следующий за ним период вынужденной сексуальной абстиненции.

Первый период подавляющим большинством мужчин (в особенности ведущих интенсивную половую жизнь) воспринимается в положительных эмоциональных тонах (как воспринимает-

ся в большинстве случаев всякая передышка после любой энергетической траты). Исключение здесь составляют лишь личности астепизированные и отличающиеся крайней вегетативной лабильностью (чаще — диэнцефального происхождения), у них непосредственно за половым актом могут следовать явления общей адинамии, эмоциональной вялости или даже подавленности, сердцебиения, повышенная потливость, преходящие сенестопатии различной локализации и другие симптомы вегетативного дискомфорта. Поскольку все эти проявления держатся около суток, старые авторы нередко обозначали данный феномен как «однодневную неврастению».

В противоположность этому у подавляющего большинства мужчин в отрицательные эмоциональные тона окрашен второй период — период вынужденной сексуальной абстиненции, когда по миновании рефрактерного периода возникает половая потребность, удовлетворению которой препятствуют какие-либо обстоятельства. В таких случаях возникают различные проявления, которые можно условно сгруппировать в две категории — невротических и застойных. Первые выражаются в нарушении уравновешенности основных нервных процессов, в частности нарастании раздражительности, которая у некоторых может проявляться всеми признаками невротизации. Группа застойных феноменов проявляется в преходящем расширении вен семенного канатика, мошонки, прямой кишки, набухании геморроидальных узлов и т. п. Условность этого деления в том, что явления стаза в урогенитальной области очень часто сопровождаются неопределенными тягостными ощущениями в промежности и тазу, учащенными позывами к мочеиспусканию, порождающими или усиливающими чувство дискомфорта. С другой стороны первично-невротические феномены, обостряя интероцептивные восприятия, привлекают внимание к половым органам, способствуют болезненной фиксации, которая в свою очередь может интенсифицировать выраженность и темп нарастания вазоконгестивных проявлений.

Наибольшей остроты явления вынужденной сексуальной абстиненции достигают в периоде юношеской гиперсексуальности, охватывающей у здоровых молодых мужчин бо́льшую часть пубертатного и переходного периодов. В фазе зрелой сексуальности острота явлений вынужденной абстиненции, как правило, сглаживается, в инволюционном же периоде абстиненции начинают переноситься настолько легко, что у некоторых лиц это даже порождает сожаления об утрате свойственных ранним периодам сексуальности переживаний второго периода абстиненций; при этом совершается перенос акцента — то, что в пубертате воспринималось как мучительно-тягостное, теперь, в воспоминаниях, оценивается как сладостное с незначительным оттенком мучительности.

Механизм простато-тестикулярного взаимодействия по Н. А. Белову

При клиническом анализе и прогностической оценке выявленных у пациентов особенностей протекания сексуальной абстиненции следует учитывать своеобразный регуляторный механизм, описанный в 1912 г. Н. А. Беловым [22]. Как известно, предстательная железа является мышечно-железистым органом, причем морфологическое строение железистой части не оставляет никаких сомнений в том, что орган этот относится к типичным железам с внешней секрецией. Между тем простатический сок, представляющий собой внешний секрет предстательной железы, «не будучи использованным в половом акте», как пишет Н. А. Белов, «переполняя железистые ходы, всасывается и поступает в проток кровообращения... Тогда, поступая в кровь, внешний секрет обращается как бы во внутренний (не истинная, а, так сказать, факультативная внутренняя секреция) и действует на различные части организма» [22]. Для сексолога же наиболее важно действие сока простаты на тестикулы, в частности, на спермиогенез. Как показали впрыскивания водных экстрактов предстательной железы здоровым собакам и пересадка простаты в брюшную полость подопытных животных, простатическая секреция в малых дозах возбуждает спермиогенез, а в больших подавляет его [22]. С другой стороны, многочисленные экспериментальные и клинические данные свидетельствуют о наличии прямого стимулирующего влияния тестикулярных андрогенов на морфологическое развитие и функцию предстательной железы. Отмеченные отношения складываются в своеобразную функциональную систему, механизм действия и общебиологическое значение которой описываются Н. А. Беловым следующим образом: «...при слишком большой частоте половых актов они могли бы перестать быть плодотворными вследствие того, что семенные железы при равномерной работе не поспевали бы создавать достаточное количество семенных телец. Посмотрим, каким образом в этом отношении происходит ауторегуляция в организме. Это и есть самый интересный вопрос синергетики.

Начнем с того момента, когда предстательная железа и семенные железы только что дозрели. С этого времени равномерная секреторная деятельность семенных желез постепенно все в большей и большей степени действует на простату, повышая ее функциональную мощь. Предстательная железа переполняется секретом, повышает свою внутренне-секреторную деятельность (истинную или факультативную — в данном случае совершенно безразлично), а все это в избытке повышает половую потентность самца; в то же время libido sexualis повышено под влиянием секреции семенных желез. В это время может настать два

исхода такого состояния: или 1) для самца явится возможность вступить в половой акт, или 2) таковой возможности не явится. В первом случае предстательная железа опорожнится от своего секрета, ее факультативная внутренняя секреция понизится вследствие отсутствия переполнения (или же понизится истинная внутренняя секреция от временного уменьшения прилива к органу), следом понизится половая потентность самца, но уменьшенная простатическая секреция начнет повышать деятельность семенных желез, повышать сперматогенез, что в конце концов снова повысит секрецию предстательной железы, а следовательно, все подготовит к новому половому акту. Если же будет иметь место второй случай, то переполненная простата даст избыток факультативной внутренней секреции (или истинной под влиянием прилива), а избыток ее понизит секрецию семенных желез, следовательно, с их стороны перестанут поступать импульсы на предстательную железу, дальнейшее ее переполнение прекратится и вся простатотестикулярная система как бы замрет в ожидании полового акта.

Таким образом регулируется работа половой сферы самца. Всем известно, что чем чаще имеет место coitus, тем больше к нему проявляется стремление. При редких половых сношениях и libido sexualis становится более умеренным» [22].

Описанный Н. А. Беловым механизм влияния простаты на функциональную активность семенников демонстрирует более редкий частный случай биологической саморегуляции, когда система обратных связей обеспечивает не стабилизацию уровня активности (тип регуляции, наиболее распространенный среди биологических объектов), а, наоборот, более энергичную адаптацию к крайним, экстремальным условиям существования: от максимальной мобилизации половых возможностей к максимальному их подавлению, или, в других условиях, в обратном порядке.

Клинические наблюдения подтверждают приложимость вскрытых Н. А. Беловым закономерностей и к человеку, хотя, как отмечает и сам автор, «эта ритмичность менее заметна в жизни людей». Ориентировку в сложных взаимоотношениях феномена Н. А. Белова облегчает схема, представленная на рис. 55: если в левой части верхний полюс со знаком плюс обозначает повышение внутрисекреторной активности, а нижний, со знаком минус, — снижение, то, как показывают стрелки, повышение внутрисекреторной активности семенников повышает активность простаты и, наоборот, снижение внутрисекреторной активности семенников снижает активность простаты. Клинически феномен подтверждается тем, что патологические процессы, вызывающие атрофию семенников, порождают вторичную атрофию простаты. Что же касается влияния простаты на семенники, то здесь отношения оказываются обратными:

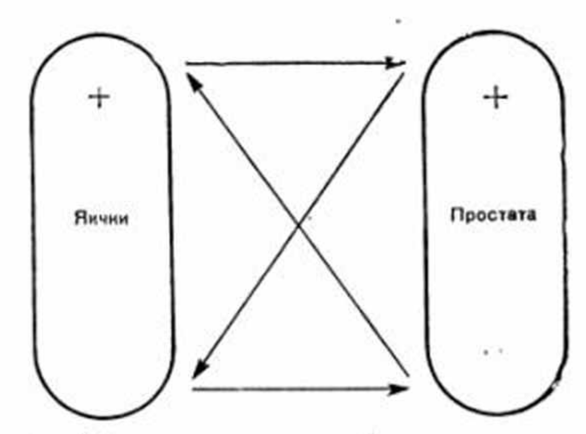


Рис. 55. Схема простато-тестикулярного взаимодействия по Н. А. Белову (объяснение в тексте).

повышение «внутрисекреторной» (факультативной) активности простаты угнетает функцию семенников, в то время как снижение возбуждает. Поскольку же усиление внутрисекреторной деятельности простаты связано с накоплением секрета в периоды полового воздержания, т. е. уменьшением активности простаты как железы с внешней секрецией, то именно в эти периоды и происходит подавление тестикулярной активности. Наоборот, при интенсификации половой деятельности, когда вследствие выделения секрета предстательной железы вовне снижается внутрисекреторная активность простаты, — происходит активация семенников.

Динамика относительной роли основных факторов, влияющих на половую активность человека, в различные возрастные периоды

Уровень половой активности человека является результатом сложного интегрального взаимодействия как синергичных, так и противодействующих факторов. Основными из них необходимо считать феномен Тарханова, механизм простато-тестикулярного взаимодействия Белова, влияние системы социально-психологических мотиваций, условия жизни, конкретную ситуацию и, наконец, столь же сложное влияние возрастного фактора.

Если разделить эти факторы на биологические и социальные и в свете этого еще раз взглянуть на типовую кривую динамики половой активности мужчины (см. рис. 52), то необходимо подчеркнуть, что длительность каждого возрастного периода и интенсивность сексуальных проявлений, характерных для этих периодов, определяются сочетанным действием как биологических, так и социальных факторов. При этом, однако, относительное значение названных факторов в различных периодах меняется: если в пубертатном периоде преобладают факторы биологические, то в переходном на первый план выступает влияние социальных и личностных факторов, оттесняющих биологические на задний план. В периоде зрелой сексуальности наблюдается выравнивание значения указанных факторов, и,

наконец, в инволюционном периоде вновь отмечается некоторое усиление значимости биологических факторов, хотя в большинстве случаев не столь выраженное, как в периоде пубертатном. Если сопоставить пубертатный и инволюционный периоды, то именно сильнейшая выраженность феномена Тарханова в пубертате, так же как угасание его на терминальных фазах сексуального развития, обусловливает тот факт, что вскрытая Беловым регуляция в периоде юношеской гиперсексуальности дает срывы и декомпенсируется чаще в направлении недостаточного подавления «гиперфункциональных» проявлений, в инволюционном же периоде проявляет четкую податливость в сторону «застревания» на сниженных уровнях половой активности, что придает вынужденным абстиненциям пожилых мужчин крайне рискованный, часто роковой характер.

Оценивая типовую кривую динамики половой активности с гигиенической точки зрения, для каждого возрастного периода можно определить свою собственную сверхзадачу: в пубертатном периоде это — сохранение психоэмоционального равновесия при недопущении ранних форм мастурбации, в переходном — приобретение сексуального опыта с формированием условнорефлекторных рабочих комплексов положительного знака, в периоде зрелой сексуальности — установление режима половой активности, наиболее соответствующего половой конституции и жизненным условиям индивидуума, и в периоде инволюционном — поддержание щадяще-стимулирующего режима половой деятельности, свободного как от непосильных притязаний, так и от длительных периодов абстиненции, чреватых развитием необратимого синдрома детренированности [92].

Половая конституция

Как уже отмечалось, интенсивность тех или иных сексуальных проявлений мужчины, естественная для одного возраста, в другом возрастном периоде воспринимается как половое отклонение. Это делает необходимым в процессе диагностики соотносить каждое отдельное сексологическое проявление, устанавливаемое у обследуемого, с его возрастом. Ночные поллюции, укладывающиеся в привычные для данной возрастной группы интервалы времени, отражают нормативность сексологического статуса обследуемого. Однако ночные поллюции у мужчины 50 лет, возникающие 5—6 раз в неделю, служат таким же настораживающим сигналом, как и полное отсутствие поллюций на протяжении многомесячных абстиненций у 25-летнего.

Однако оценка интенсивности сексологических проявлений только в возрастном аспекте, без учета индивидуальных черт сексуальной организации обследуемого, или его половой

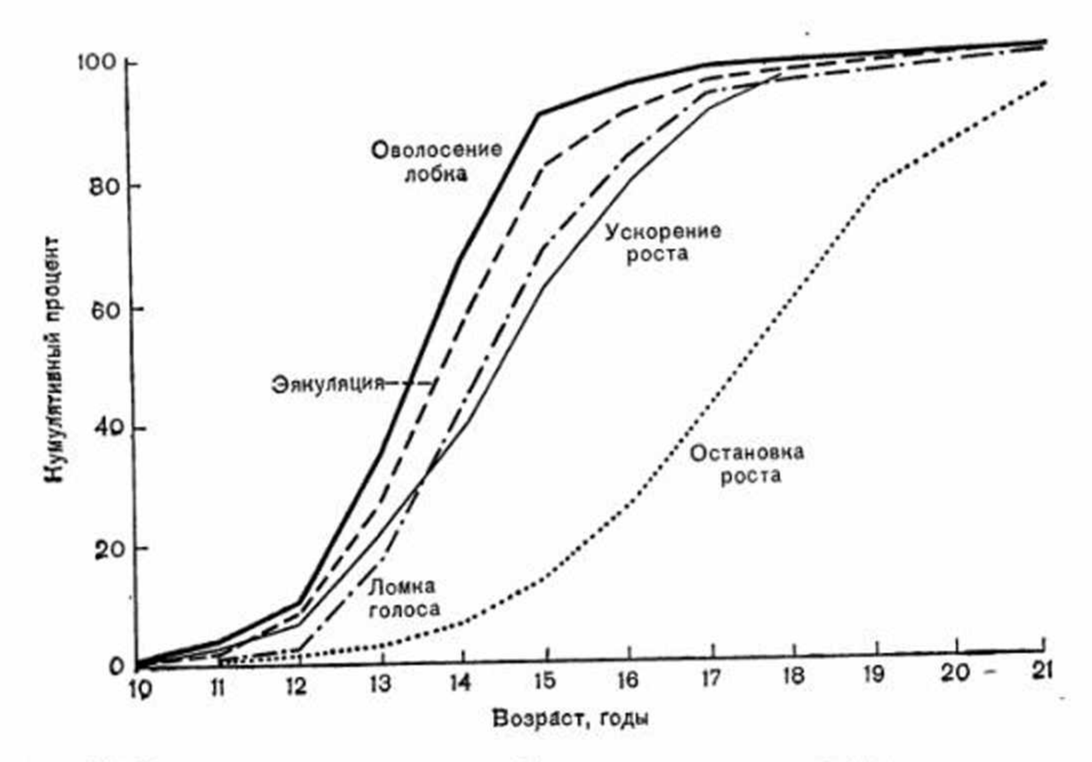


Рис. 56. Динамика протекания пубертатного периода [415].

торы «Отчета», а именно все более широкое расхождение пучка кривых по мере перехода из зоны раннего появления первых признаков пубертата в зону позднего, задержанного выявления этих признаков. Идентичные уровни частотности наглядно иллюстрируют известную антропологам корреляцию между возрастом появления инициальных признаков пубертата и темпами его завершения: например, уровню появления первых признаков пубертатного развития в 12 лет соответствует остановка роста в 15 лет, т. е. через 3 года; появлению первых признаков пубертатного развития в 13—$13^1/_2$ лет — завершение к 16,5—17 годам, т. е. через 4 года; и, наконец, появлению первых признаков пубертатного развития в 15 лет — завершение в возрасте 21 года, т. е. через 6 лет. Другими словами, в рамках физиологических вариантов развития, чем раньше начинается половое созревание, тем более бурно оно протекает, и, наоборот, более позднее начало пубертатного развития обычно коррелирует с более вялым его течением. При этом начало пубертатного развития, по-видимому, определяет не только темп, но и полноту, уровень созревания. Указанная закономерность подтверждается наблюдениями ряда исследователей. Так, Воляньский пишет: «Процесс развития надо считать тем более лучшим, чем короче путь его прохождения» [533]. А. И. Струков [234], рассматривая вопрос о частичных проявлениях инфантилизма как задержках развития отдельных систем и органов, предлагает различать по интенсивности два типа инфантилизма: «1. Инфантилизмы первого типа (гипоэволютив-

Таблица 12

Шкала векторного определения половой конституции мужчины

Векторы	Конституция								
	Слабая			Средняя			Сильная		
	1 0—1,5	2 1,6—2,5	3 2,6—3,5	4 3,6—4,5	5 4,6—5,5	6 5,6—6,5	7 6,6—7,5	8 7,6—8,5	9 8,6—9,0
I. Возраст пробуждения либидо	17 и позже	16	15	14	13	12	11	10	9 и раньше
II. Возраст первой эякуляции	19 и позже	17—18	16	15	14	13	12	11	10 и раньше
III. Трохантерный индекс (отношение роста к высоте ноги)	<1,85	1,86—1,89	1,90—1,91	1,92—1,94	1,95—1,96	1,97—1,98	1,99	2,0	>2,0
IV. Характер оволосения лобка	Редкие пушковые волосы	Горизонталь по женскому типу	Тенденция к горизонтали	По мужскому типу			По мужскому типу с гипертрихозом		
V. Максимальный эксцесс	0	2	3	4	5	6	7	8	9 и больше
VI. Возраст вхождения в полосу УФР после женитьбы	—	Медовый месяц	1 год	2—3 года	4—5 лет	6—10 лет	11—19 лет	20—29 лет	30 и больше
VII. То же, абсолютный возраст	—	До 22	23—26	27—31	32—36	37—40	41—45	46—50	51 и больше

ные) выражаются в том, что все типичные для данного возраста структуры появляются на 3—4 года позже, в дальнейшем же они не задерживаются, а проделывают свою эволюцию до конца, хотя и с большим запаздыванием... 2. При втором, инверсивном, типе инфантилизма имеется не только задержка, но и неправильный путь развития задержанных участков, — это уже необратимый процесс...» Наконец, рассматриваемая закономерность подтверждается упоминавшимися выше исследованиями П. Д. Енько и др.

Исходя из рассмотренных данных, можно заключить, что в пределах физиологических вариантов существует прямая связь между возрастом начала полового созревания и уровнем половой активности, половой конституции на протяжении всей жизни индивидуума.

В последнее время были опубликованы прямые сексологические доказательства существования выраженных связей между уровнями половых возможностей в инициальном и дефинитивном возрастном периоде [55].

Шкала векторного определения половой конституции мужчины

Шкала векторного определения половой конституции мужчины (табл. 12) основана на принципе статистических решающих функций (Т. Андерсон, 1963) и предусматривает учет семи показателей, параметрируемых независимо друг от друга. Составление шкалы производилось путем обработки методами математической статистики индивидуальных возрастных кривых половой активности, построенных по 9 точкам, учитывающим возраст пробуждения сексуального компонента либидо, первой эякуляции, начала половой жизни, начала регулярной половой жизни в браке, максимальный эксцесс, возраст вхождения в полосу условнофизиологического ритма, уровень половой активности за год до начала полового расстройства, характеристику последнего эксцесса и уровень половой активности к моменту обследования.

Практическое использование шкалы в простейшем варианте предполагает:

1. Определение исходных индексов конституции (от 1 до 9) для каждого из семи векторов (определение исходных индексов по 6-й и 7-й строкам производится только у обследуемых, которые имеют регулярные сношения в течение многих лет, а у холостых мужчин опускается, так же как, например, у представителей «бродячих» профессий, не имеющих возможности поддерживать регулярные половые сношения).

2. Суммирование полученных исходных индексов.

3. Деление полученной суммы на общее число учитывавшихся исходных индексов.

Полученная средняя арифметическая представляет общий индекс, характеризующий половую конституцию обследуемого следующим образом: 1 (1—1,5) — чрезвычайно слабая; 2 (1,6—2,5) — очень слабая; 3 (2,6—3,5) — слабая; 4 (3,6—4,5) — несколько ослабленный вариант средней; 5 (4,6—5,5) — средняя; 6 (5,6—6,5) — сильный вариант средней; 7 (6,6—7,5) — сильная; 8 (7,6—8,5) — очень сильная; 9 (8,6—9) — чрезвычайно сильная.

При ознакомлении с включенными в шкалу векторами требует критического рассмотрения правомочность использования в качестве критериев конституциональной принадлежности таких показателей, как *возраст пробуждения либидо* и *возраст первой эякуляции*, поскольку оба эти проявления подвержены прямому влиянию непосредственного микросоциального окружения, а во многих странах — и средств массовой информации (периодические издания, кино и телевидение). При этом, однако, не следует идентифицировать внешние *поводы*, в большинстве случаев играющие лишь роль *способствующих* факторов, с истинными *причинами*, определяющими наступление возрастных изменений пубертатного периода, заключающихся в глубокой *внутренней* перестройке как общесоматического облика, так и нервно-психического склада личности. Там, где эти внутренние причины в силу наличия ранней патологии оказываются блокированными, никакие внешние будоражащие воздействия повлиять на либидо не могут. Например, у всех пяти описанных в 1956 г. [48] больных, страдавших ранним поражением нейрогуморальной составляющей, единственным сексуальным проявлением были эрекции, при этом, однако, они не сопровождались никакими эротически окрашенными переживаниями или даже ощущениями, либидо полностью отсутствовало, так же как эякуляции, и вопросы сексуального анамнеза всем этим больным были совершенно непонятны. Едва ли необходимо доказывать, что у данного контингента больных никакой поток порнографии не способен спровоцировать пробуждение либидо.

Здоровая мужская сексуальность характеризуется наличием, хотя и сдержанной, но не слишком маскируемой положительной реакции на произведения искусства эротического содержания, и сексопатолог может с диагностической целью использовать эту реакцию в качестве своеобразного теста, истолковывая выраженную индифферентность больного как показатель конституционального снижения (по линии нейрогуморальной составляющей), а преувеличенное ускользание или фиксацию — как косвенные признаки невротического развития (в случаях ускользания нередко служащие первым шагом на пути к выявлению маскируемой перверзии).

Имеющиеся литературные данные об относительном стимулирующем влиянии на половую периодичность факторов внеш-

них и внутренних также подтверждают, что внешние стимулирующие факторы, обладая различной силой воздействия на половую сферу, отличаются в то же время одной общей чертой — они могут проявить свое стимулирующее воздействие только в том случае, если половая сфера достигла определенной степени внутренней зрелости.

Оценивая семиологическое значение эксцессов, приходится учитывать как их истинное патогенное значение, так и крайне преувеличенные представления об их вреде, бытующие в сознании некоторых пациентов. Проводя во всех случаях, где к этому есть показания, необходимую психагогическую работу по убеждению обследуемых в нежелательности допущения злоупотреблений в будущем, сексопатолог в то же время должен понимать, что значительная часть пациентов уже имели эксцессы в прошлом. В подобных случаях, проявляя терпимость к этим фактам, сексопатолог прежде всего оценивает основные параметры эксцессивной практики обследуемого как один из показателей, характеризующих его конституциональные данные. Как уже отмечалось, способность мужчины провести в течение суток несколько завершенных половых актов является одним из самых убедительных проявлений его половой конституции.

При этом, однако, следует отдавать себе полный отчет в том, что семиологическое значение наличия эксцессов не уравновешивается их редкостью или даже полным отсутствием, так как при самой сильной половой конституции, располагая реальной возможностью проведения многократных половых актов, мужчина может никогда в жизни их не практиковать, руководствуясь соображениями внутренней дисциплины и следуя твердо усвоенным гигиеническим установкам.

Введение в шкалу VI и VII векторов продиктовано необходимостью опоры на показатели, характеризующие стабилизированный уровень зрелой сексуальности, максимально приближенный к той индивидуальной, конституционально обусловленной внутренней потребности, которая выявляется по миновании эксцессов медового месяца, с утратой новизны и в ходе постепенного привыкания к ситуации практически неограниченной доступности коитуса.

При внимательном сопоставлении всех семи векторов шкалы можно отметить, что они по ряду признаков естественно разделяются на две категории, резко отличающиеся прежде всего по степени доступности произвольным воздействиям.

Выше уже отмечалось, что наличие эксцессов (вектор V) в значительной степени определяется произвольной установкой (по крайней мере в направлении минимализации). Точно так же и возраст вхождения в полосу УФР (векторы VI и VII) может устанавливаться с ориентировкой не на индивидуальную потребность обследуемого, а на факторы, хотя и случайные, но отличающиеся достаточной устойчивостью. Чаще всего в по-

добных случаях сказываются своеобразные представления о нормах половой активности или эгоизм властной женщины, занимающей положение главы семьи; одни из таких женщин требуют ежедневного коитуса как свидетельства достаточного уважения к их супружеским «правам» (некоторые из подобных женщин могут при этом страдать аноргазмией), другие, исходя из собственных подъемов половой возбудимости, разрешают мужу сближение не чаще 1 раза в 2—4 нед.

В противоположность этому векторы I и II (возраст пробуждения сексуального компонента либидо и возраст первой эякуляции), а также III и IV (трохантерный индекс и характер лобкового оволосения) определяются преимущественно действием внутренних факторов и при выраженной задержке эндогенного развития полностью исключают возможность произвольных воздействий даже в объеме самой незначительной модификации.

Кроме того, обе категории параметров, используемых в шкале, резко дифференцируются и по другому признаку: векторы V—VII проявляются главным образом в переходном и зрелом периодах и характеризуются широким диапазоном вариаций в динамике, векторы же I—IV, выявившись в пубертатном периоде, сохраняют затем свою числовую характеристику неизменной.

Поскольку I—IV векторы тесно связаны с *генотипом* обследуемого (в то время как векторы V—VII не только выявляют более рыхлую связь с генотипом, но и в значительной степени *сами по себе* представляют проявления половой *активности*, способные в определенной степени воздействовать на имеющиеся *фенотипические* проявления половой конституции, укрепляя или расшатывая ее), эти векторы могут учитываться как в совокупности, так и в более дифференцированных группировках: $К_{г}$ — *генотипический* индекс половой конституции. Выражается средней арифметической векторов I—IV; $К_{а}$ — конституционально модулированный индекс половой *активности*. Выражается средней арифметической векторов V—VII; $К_{ф}$ — *фенотипический* индекс половой конституции. Выражается средней арифметической из всего доступного исчислению набора имеющихся векторов (I—VII).

Для выявления дисгармонических вариантов нарушений темпа пубертатного развития при протоколировании соответствующих индексов ($К_{г}$, $К_{а}$, $К_{ф}$) в скобках указывается амплитуда максимальных отклонений учитываемых исходных индексов, т. е. величины наименьшего и наибольшего из учитываемых векторов.

Элементарные вычислительные операции по нахождению средних арифметических для каждого из парциальных индексов облегчаются использованием вспомогательной табл. 13 для нахождения частных.

Таблица 13

Вспомогательная таблица для нахождения частных к шкале векторного определения половой конституции

Делимое	Делитель					Делимое	Делитель			
	7	6	5	4	3		7	6	5	4
4	0,57	0,67	0,80	1,00	1,33	31	4,43	5,17	6,20	7,75
5	0,71	0,83	1,00	1,25	1,66	32	4,57	5,33	6,40	8,00
6	0,86	1,00	1,20	1,50	2,00	33	4,71	5,50	6,60	8,25
7	1,00	1,17	1,40	1,75	2,33	34	4,86	5,67	6,80	8,50
8	1,14	1,33	1,60	2,00	2,66	35	5,00	5,83	7,00	8,75
9	1,28	1,50	1,80	2,25	3,00	36	5,14	6,00	7,20	9,00
10	1,43	1,67	2,00	2,50	3,33	37	5,28	6,17	7,40	
11	1,57	1,83	2,20	2,75	3,66	38	5,43	6,33	7,60	
12	1,71	2,00	2,40	3,00	4,00	39	5,57	6,50	7,80	
13	1,86	2,17	2,60	3,25	4,33	40	5,71	6,67	8,00	
14	2,00	2,33	2,80	3,50	4,66	41	5,86	6,83	8,20	
15	2,14	2,50	3,00	3,75	5,00	42	6,00	7,00	8,40	
16	2,28	2,67	3,20	4,00	5,33	43	6,14	7,17	8,60	
17	2,43	2,83	3,40	4,25	5,66	44	6,28	7,33	8,80	
18	2,57	3,00	3,60	4,50	6,00	45	6,43	7,50	9,00	
19	2,71	3,17	3,80	4,75	6,33	46	6,57	7,67		
20	2,86	3,33	4,00	5,00	6,66	47	6,71	7,83		
21	3,00	3,50	4,20	5,25	7,00	48	6,86	8,00		
22	3,14	3,67	4,40	5,50	7,33	49	7,00	8,17		
23	3,28	3,83	4,60	5,75	7,66	50	7,14	8,33		
24	3,43	4,00	4,80	6,00	8,00	51	7,28	8,50		
25	3,57	4,17	5,00	6,25	8,33	52	7,43	8,67		
26	3,71	4,33	5,20	6,50	8,66	53	7,57	8,83		
27	3,86	4,50	5,40	6,75	9,00	54	7,71	9,00		
28	4,00	4,67	5,60	7,00		55	7,86			
29	4,14	4,83	5,80	7,25		56	8,00			
30	4,28	5,00	6,00	7,50		57	8,14			

Применение шкалы векторного определения половой конституции в диагностической работе врача-сексопатолога

Одним из основных положений современной сексопатологии является качественное своеобразие сексуальных расстройств, их несводимость к прямому следствию какой-то иной нозологии или к сумме первичных несексологических синдромов.

Более того, даже сексологические синдромы, если они выступают изолированно, в частности поражают только одну составляющую, в течение значительного времени компенсируются за счет сохранных составляющих, и для выявления нарушения необходимо, чтобы оно достигло значительной глубины, что наблюдается, по данным разных авторов, не чаще чем в 25—27% [54, 196, 197]. В большинстве случаев имеет место сочетание нескольких сексологических синдромов, поражающих

одновременно ряд составляющих. Основы этой закономерности вскрыты на неврологической патологии Е. В. Шмидтом, К. Ф. Канарейкиным и Ф. В. Бассиным [272], показавшими, что клинически болезнь проявляется только в том случае, если механизмы компенсации оказываются блокированными.

При этом сплетаются в тесное единство легкие, подчас едва уловимые отклонения в сомато-биологической, личностной и микросоциальной сферах, сами по себе не способные нарушить нормальное течение сексуальных отправлений. Сексуальные расстройства чаще возникают не при грубых, узко локализованных поломках, а при поражении нескольких парциальных подсистем. Как свидетельствует клинический опыт, при устойчивой взаимной социо-биологической адаптации супругов даже такая грубая патология, как массивное церебральное кровоизлияние с гемиплегией, нарушает сексуальные отправления лишь на относительно короткий период. В противоположность этому, отсутствие общности взглядов и «эрозии», порождаемые своевременно нераспознанной психологической несовместимостью, накладываясь на различия сексуальных темпераментов, приводят к катастрофическим срывам по самым незначительным поводам.

И хотя как в норме, так и в патологии факторы сомато-биологические, личностные и микросоциальные взаимодействуют в сексуальной сфере, образуя нерасторжимое функциональное единство, структурный анализ сексуальных расстройств основывается на раздельной оценке каждого из названных аспектов. Данный раздел посвящен рассмотрению сомато-биологического фактора, а именно той его части, которая, будучи связана с первыми критическими периодами, характеризует половую конституцию мужчины.

Значение шкалы, способствующей решению ряда типов задач, можно определить следующим образом:

1. Она позволяет унифицировать оценку исходного (преморбидного) состояния нейрогуморальной составляющей. Практическая значимость этой оценки обусловливается тем, что преморбидное нейрогуморальное состояние является сомато-биологическим конституциональным фоном при любой форме сексуального расстройства, а также тем, что задержки и дисгармонии пубертатного развития составляют один из самых частых сексопатологических синдромов [54, 151, 175].

2. Пользование парциальными индексами значительно облегчает дифференцирование патологических состояний, внешне сходных, но отличающихся по существу. Так, если средние арифметические, рассчитанные раздельно по I и II векторам таблицы, с одной стороны, и по векторам III и IV — с другой, оказываются сниженными пропорционально и все лежат ниже 3,5, преморбидное состояние нейрогуморальной составляющей оценивается как задержка пубертатного развития

(инверсивный вариант ретардации, по А. И. Струкову). В случаях же снижения лишь по векторам I и II, при значениях векторов III и IV выше 3,6, состояние оценивается как торможение пубертатных проявлений (гипоэволютивный вариант).

3. Пользование шкалой облегчает дифференциальную диагностику пограничных состояний, располагающихся на стыке мнимой импотенции и начальных или клинически благоприятных форм поражения различных составляющих.

4. Применяя шкалу, можно давать гигиенические советы, опираясь на объективные критерии, например, при суждении о степени оптимальности избранного режима для данного индивидуума.

5. Показатели шкалы вскрывают мнимую парадоксальность отсутствия прямой зависимости между давностью и глубиной ряда нозологических форм, с одной стороны, и наличием или отсутствием сексуальных расстройств — с другой (например, при алкоголизме) [256, 175], хронических простатитах [70, 69, 60, 277 и др.].

6. В сочетании с другими данными помогает более широко и дифференцированно характеризовать некоторые сексопатологические синдромы.

Учитывая важность последнего пункта для практической работы сексопатолога, ниже представлен клинико-статистический анализ 1035 наблюдений над пациентами, обследованными в отделении сексуальной патологии Московского НИИ психиатрии Министерства здравоохранения РСФСР.

Анализ основных показателей половой конституции при наиболее частых расстройствах составляющих копулятивного цикла мужчины

Как показывает табл. 14, из всех представленных в ней клинических групп самые высокие индексы отмечаются в группе условной нормы ($К_ф$=5,06; $К_а$=5,55 и $К_г$=4,70) и при псевдоимпотенции ($К_ф$=4,29; $К_а$=4,50 и $К_г$=4,17). Нетрудно заметить, что все три индекса контрольной группы лежат в диапазоне, характеризующем уравновешенный средний уровень половой конституции, а три индекса группы псевдоимпотенции — в рамках несколько ослабленного варианта среднего уровня. Отмеченная «компактность», свидетельствующая о соответствии уровня половой активности конституциональным данным, находит отражение и в дополнительном индексе $К_а/К_г$, тесно приближающемся к единице.

По величинам индексов за этими двумя группами следуют: обобщенная группа расстройств психической составляющей ($К_ф$=3,88; $К_а$=2,91 и $К_г$=4,15), а также подгруппы диэнцефальных синдромов ($К_ф$=4,04; $К_а$=4,22 и $К_г$=3,59) и уро-

Таблица 14

Индексы половой конституции при различных формах сексуальных расстройств у мужчин

Клиническая характеристика группы	$К_ф$	$К_а$	$К_г$	$К_а/К_г$
Условная норма	5,06	5,55	4,70	1,18
Псевдоимпотенция	4,29	4,50	4,17	1,08
Синдромы нейрогуморальных расстройств	3,32	3,42	3,01	1,17
Первичная задержка пубертатного развития	1,87	1,47	2,13	0,69
Инволюционные формы	3,36	3,55	2,88	1,23
Диэнцефальные синдромы	4,04	4,22	3,59	1,17
Синдромы расстройств психической составляющей	3,88	2,91	4,15	0,70
Формы с преобладанием эндогенных факторов	4,03	2,55	4,43	0,58
Формы с преобладанием экзогенных факторов:				
а) с первичным (непосредственным) поражением сексуальной сферы	3,85	3,22	4,07	0,79
б) с вторичным вовлечением сексуальной сферы	3,47	2,71	3,65	0,74
Специфические синдромы поражения эякуляторной составляющей	3,66	3,40	3,69	0,92
Урогенные расстройства	3,71	3,84	3,65	1,05
Вторичная патогенетическая дезинтеграция	3,30	2,80	3,20	0,88
Первичная патогенетическая дезинтеграция (синдром парацентральных долек)	3,71	2,63	3,96	0,64

генных расстройств эякуляторной составляющей ($К_ф$=3,71; $К_а$=3,84 и $К_г$=3,65). При этом, однако, самый высокий среди трех сравниваемых клинических форм индекс $К_г$ в группе расстройств психической составляющей (4,15) оказывается сниженным в фенотипическом индексе ($К_ф$) до 3,88 вследствие низкого индекса уровня половой активности ($К_а$=2,91). Иными словами, в противоположность диэнцефальным синдромам и урогенным поражениям, ключевые расстройства психической составляющей характеризуются выраженным расхождением между уровнем половой активности и конституциональными возможностями, что находит отражение в индексе $К_а/К_г$; этот последний при диэнцефальных синдромах (1,17) и урогенных поражениях (1,05) оказывается близким к таковым контрольной группы (1,18) и мнимой импотенции (1,08), в то время как при расстройствах психической составляющей отношение $К_а/К_г$ снижается до 0,70. Еще более четко отмеченная закономерность представлена в подгруппе расстройств психической составляющей с преобладанием эндогенных факторов: здесь индекс $К_г$, равный 4,43, оказывается самым высоким из всех

представленных в таблице клинических форм, превышая таковой даже при мнимой импотенции (4,17) и приближаясь к индексу контрольной группы (4,70). Однако наличие чрезвычайно низкого индекса половой активности $К_а$ (2,55), уступающего лишь таковому при первичной задержке пубертатного развития (1,47), блокирует те богатые конституциональные возможности, которыми располагают подобного рода больные, и это несоответствие находит выражение в отношении $К_а/К_г$, характеризующемся самым низким значением во всем ряду (0,58). Патогенетическая обусловленность снижения половой активности при этих двух формах определяется в случаях задержки пубертатного развития — низким уровнем либидо, а в случаях расстройств психической составляющей с преобладанием эндогенных факторов — наличием чисто психических задержек.

Самая низкая величина индекса $К_г$ (2,13), соответствующая первичной задержке пубертатного развития, характеризует тот критический уровень, за пределами которого формируются функциональные нарушения, позволяющие изначальной слабости половой конституции играть роль структурного стержня всего сексуального расстройства.

Сопоставляя рассматриваемые индексы в клинических подгруппах первичных урогенных расстройств эякуляторной составляющей и вторичной патогенетической фиксации по механизму титуляризации [53], поскольку эти две формы динамически тесно связаны, надо отметить, что как генотипический индекс половой конституции, так и индекс половой активности при вторичной титуляризации намного ниже по сравнению с соответствующими показателями подгруппы первичных урогенных расстройств ($К_г$ в первой подгруппе 3,65 и во второй — 3,20; $К_а$ в первой подгруппе 3,84 и во второй — 2,80). Эти цифры дают основание предполагать, что ослабленная половая конституция и низкий уровень половой активности являются факторами, способствующими осуществлению механизма титуляризации и перехода из первой подгруппы во вторую.

О влиянии уровня половой активности на функциональное состояние половой системы

Как уже отмечалось, основные показатели половой конституции, и прежде всего генотипические индексы, у различных мужчин могут очень широко расходиться. Это ставит каждого сексопатолога перед рядом трудных, важных, а нередко и деликатных проблем: каковы взаимные влияния различных индексов (например, $К_г$ на $К_а$, и наоборот); каковы типы взаимодействия конституциональных и ситуационных факторов; является ли половая конституция фатальной или ее возможно изменить «разумным» поведением и, будучи рожденным со

слабой половой конституцией, перейти если не в сильную, то хотя бы в среднюю группу; наконец, если такой переход возможен, то какое поведение следует признать целесообразным? На некоторые из этих вопросов сексологическая практика дает однозначные ответы, по-видимому, достаточно близкие объективной реальности, по другим вопросам мнения диаметрально расходятся. Так, большинство как теоретиков [415, 299, 449 и др.], так и практиков «брачных» (или «семейных») консультаций [329, 504] исходят из того, что, как правило, частота и форма отношений определяются мужчиной и что каждый мужчина приспосабливает уровень половой активности к своему сексуальному темпераменту (т. е. половой конституции), а если сексуально индифферентный мужчина проводит коитус чаще, чем ему самому хотелось бы, то это обычно определяется чисто ситуационно (конъюнктурно-престижные установки).

В противоположность этому, проблема непосредственного влияния уровня половой активности на функциональное состояние половой системы опирается не на умозрительные постулаты, подкрепляемые житейской мудростью, а на научные данные экспериментов, проведенных на животных. Так, сформулированное Н. А. Беловым положение о том, что каждый половой акт вызывает физиологические сдвиги, обеспечивающие лучшие условия для протекания последующего полового акта, подтверждается опытами Э. Эндрёци и К. Лишшака [355], которые выявили у кроликов на протяжении 90 мин после эякуляции 8- или 10-кратное повышение уровня тестостерона и андростендиона в v. spermatica, а также возрастание интенсивности кровотока в семенниках подопытных кроликов на 40—60% по сравнению с контрольными животными. Г. В. Паршутин (1951) установил, что при интенсивном использовании жеребцов (3 садки в день) объем эякулята значительно увеличивается и достигает максимума на 7—9-й день. М. М. Асланян и О. И. Лисовая отмечают возрастание объема и концентрации семени племенных баранов при усиленном использовании их в случный период [16], а П. М. Поздняков [185] и В. К. Рабочев [195], изучив влияние различных половых режимов, рекомендуют технику функциональной разработки племенного барана в предслучный период, поскольку получение от производителя не менее 30 садок за полтора месяца, предшествующих началу случки, улучшало основные качественные показатели семени и его резистентность к низкой температуре.

Однако все эти данные характеризуют изменения, наблюдаемые при половой активности лишь на относительно коротких отрезках времени. Для сексопатолога же главный интерес представляет влияние уровня копулятивной деятельности на сохранность функциональных возможностей в более широких рамках — на протяжении всей жизни: не придется ли платить высокие проценты за кратковременную интенсификацию, отме-

ченную Н. А. Беловым и подтверждаемую экспериментальными данными Э. Эндрёци, К. Лишшака и других исследователей? Другими словами, существует ли, и если существует, то какова основная формула, отражающая жизненную динамику половой активности мужчины?

Условившись понимать под динамикой половой активности соотношение уровней сексуальных проявлений на различных возрастных этапах, можно, несмотря на крайнее разнообразие всевозможных сексологических школ и направлений, четко обозначить два полюса, к которым тяготеют взгляды различных авторов при освещении проблемы влияния уровня половой активности на связанное с возрастом снижение половых возможностей. Кредо одной из этих группировок предельно ясно выразил Эффертц [350], огласивший в 1894 г. результаты своих подсчетов, согласно которым каждый мужчина от рождения располагает запасом в 5400 эякуляций, и каждое проявление половой активности (ночная поллюция, мастурбаторный акт или коитус), представляя невосполнимую трату ограниченных ресурсов, роковым образом приближает наступление момента, когда эти ресурсы окажутся исчерпанными и наступит импотенция. И хотя доктрина Эффертца вследствие механистичности, игнорирования основных положений физиологии и противоречия клиническому опыту вызвала возражения крупнейших сексологов мира, до последнего времени публикуются работы, авторы которых утверждают, что наступление импотенции фатально предопределено, а быстрота ее выявления находится в прямой зависимости от половой активности индивидуума. Дополнением к доктрине Эффертца служит постулат, согласно которому «шагреневая кожа» импотенции локализуется в спинном мозге, представляющем, по мнению этих авторов, самое уязвимое звено всей половой системы [191, 192, 136], а основным патогенным фактором импотенции является сама половая жизнь, единственно же надежным средством предупредить роковое истощение спинномозговых половых центров — либо снизить до минимума половую активность, либо вообще ее прекратить.

Если суммировать основные положения этой доктрины, то всех мужчин можно разделить на ведущих себя в сексологическом плане разумно и неразумно. Первые вступают в брак позже и избегают слишком частых (а тем более многократных) половых актов, практикуя их главным образом для получения потомства, поэтому импотенция у них должна развиваться поздно. Вторые вследствие ранних браков начинают регулярную половую жизнь преждевременно и допускают излишества (т. е. ежесуточные половые акты, а то и многократные), не имеющие целью задачи воспроизведения; в результате такой расточительности «жизненные ресурсы» быстро иссякают и развивается ранняя импотенция. Графически эти отношения могут быть

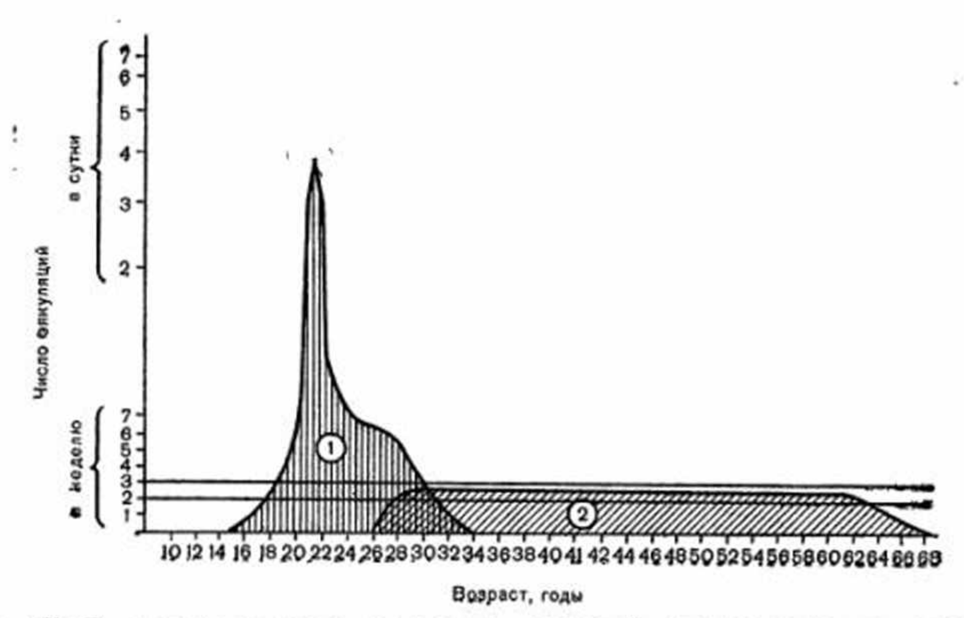


Рис. 57. Типовые кривые динамики половой активности по доктрине Эффертца.

1 — мужчины, ведущие себя неразумно; 2 — мужчины, ведущие себя разумно.

представлены двумя типами кривых (рис. 57), цифровое выражение площади которых при интегрировании должно оказаться идентичным (отражая неизменность жизненного ресурса — 5400 эякуляций).

Поскольку, однако, представленные положения противоречат клиническому опыту современной сексологии, а опубликованные в мировой литературе параметрированные данные [415, 449, 450] позволяют делать лишь косвенные заключения о коррелятивных связях между уровнями половых проявлений на начальных и конечных отрезках половой активности мужчины, в 1972 г. было предпринято исследование, имеющее целью выяснить характер динамики половых проявлений на трех отрезках: инициальном, среднем и терминальном.

Для этого из клинического архива отделения сексуальной патологии Московского научно-исследовательского института психиатрии Министерства здравоохранения РСФСР (более 2000 наблюдений) были взяты все случаи (175 наблюдений) плюригландулярных поражений нейрогуморальной составляющей, в основе которых лежали отклонения пубертатного развития (32 наблюдения, или 18%) и инволюционные формы импотенции (143 наблюдения, или 82%). На данные клинические формы выбор пал потому, что именно при них снижение потенции происходит наиболее аутохтонно, вне связи с острым экзогенным и однократным повреждающим воздействием изолированного этиологического фактора. Ибо даже там, где такой фактор фигурирует, он чаще играет роль последнего толчка, приводящего в действие силы, которые достигли критического напряжения задолго до этого; именно при этих формах снижение потенции провоцируется сочетанным действием нескольких

замаскированных патогенных воздействий, ни одно из которых обычно не в состоянии само по себе вызвать декомпенсацию системы. Иными словами, именно при этих формах решающую роль в развитии импотенции играют не возмущения, резко падающие на систему из внешней среды, а внутреннее состояние самой системы, которое в свою очередь формируется под влиянием длительных и аккумулирующихся латентных и сублатентных факторов в полном смысле слова житейского характера, расшатывавших (или укреплявших) систему в прошлом, поскольку же именно выяснение характера влияния подобных факторов на функциональную систему и составляло задачу исследования, в качестве клинической модели были избраны именно эти нозологические формы.

Основные параметры, характеризующие уровни половой активности на различных возрастных отрезках, представлены в табл. 15.

Отправным показателем, характеризующим наиболее ранний этап, послужил возраст первой эякуляции, все наблюдения бы-

Таблица 15

Основные показатели, характеризующие динамику половой активности обследованных

Показатель	M±m по группам			
	1-я	2-я	3-я	4-я
Возраст первой эякуляции	11,8±0,12	14,3±0,11	16,9±0,09	20,4±0,32
Возраст начала половой жизни	17,7±0,67	19,3±0,42	21,4±0,47	25,9±0,81
Максимальный эксцесс	6,8±0,52	4,5±0,33	2,6±0,17	1,8±0,20
Возраст вхождения в полосу УФР	41,8±1,34	35,1±1,20	29,0±0,86	23,7±1,11
Возраст начала полового расстройства	52,3±2,65	45,6±1,15	38,2±1,13	31,1±1,89
Частота половых актов в период обследования (по III показателю квантификационной шкалы СФМ) (см. с. 258)	2,7±0,19	1,7±0,09	1,5±0,09	0,8±0,25
Показатель половой конституции ($К_г$) по шкале векторного определения	5,7±0,27	4,3±0,15	2,9±0,12	2,6±0,16

ли распределены в четыре группы: 1-я — 12 лет и раньше; 2-я — 13—15 лет; 3-я — 16—18 лет; 4-я — 19 лет и позже. В соответствии с этим распределились группы и по остальным показателям. Возраст начала половой жизни определялся по первому законченному половому акту. По пятому показателю учитывались только половые расстройства, обусловившие обращение за помощью в отделение сексуальной патологии. Уровень половой активности в период обследования по III показателю шкалы СФМ подразумевает частоту половых актов. Показатель половой конституции ($К_г$) характеризует предел функциональных возможностей, лимитируемый ранними (препубертатными) этапами онтогенетического развития.

Нетрудно видеть, что из шести основных показателей два первых характеризуют инициальный отрезок индивидуальной возрастной кривой половой активности, третий — границу между начальным и средним отрезком, четвертый — непосредственно средний участок, и, наконец, пятый и шестой — проявления заключительного периода (см. рис. 52). Что касается соотношения между отдельными показателями, то прежде всего четко выступает параллелизм первых трех проявлений: более раннее наступление первой эякуляции коррелирует с более ранним началом половой жизни и более выраженными эксцессами. Отмеченная закономерность соответствует как концепции Эффертца и его последователей, так и альтернативной концепции, которой придерживается большинство представителей современной научной сексологии. Вот почему, учитывая основную задачу, поставленную данным исследованием, — выяснить, как влияет более высокая половая активность на сроки наступления импотенции, решающее значение приобретают три последних показателя. Показатель 4-й, маркирующий возраст перехода от ежедневных или почти ежедневных сношений к более умеренному ритму (т. е. отрыв от полосы так называемых половых излишеств в понимании И. М. Порудоминского и В. Д. Кочеткова), является первым показателем, выявляющим обратную корреляцию (так как более ранним возрастным характеристикам по 1-му и 2-му показателям соответствуют более *поздние* возрастные отрезки по четвертому показателю). Особо следует отметить кажущееся противоречие между 2-м и 4-м показателем по 4-й группе; средний возраст вхождения в полосу УФР 23,7 года при среднем возрасте начала половой жизни в 25,9 года отражает совершенно закономерную проекцию средней арифметической, поскольку определенная часть обследованных этой группы никогда не достигала уровня УФР (многие из них никогда в жизни не имели более одного сношения в 7—12 дней). Столь же четко выступает отрицательная корреляция между инициальными и терминальными проявлениями при сопоставлении первых показателей с показателями 5 и 6. Сопоставление кривых, полученных на основе этих дан-

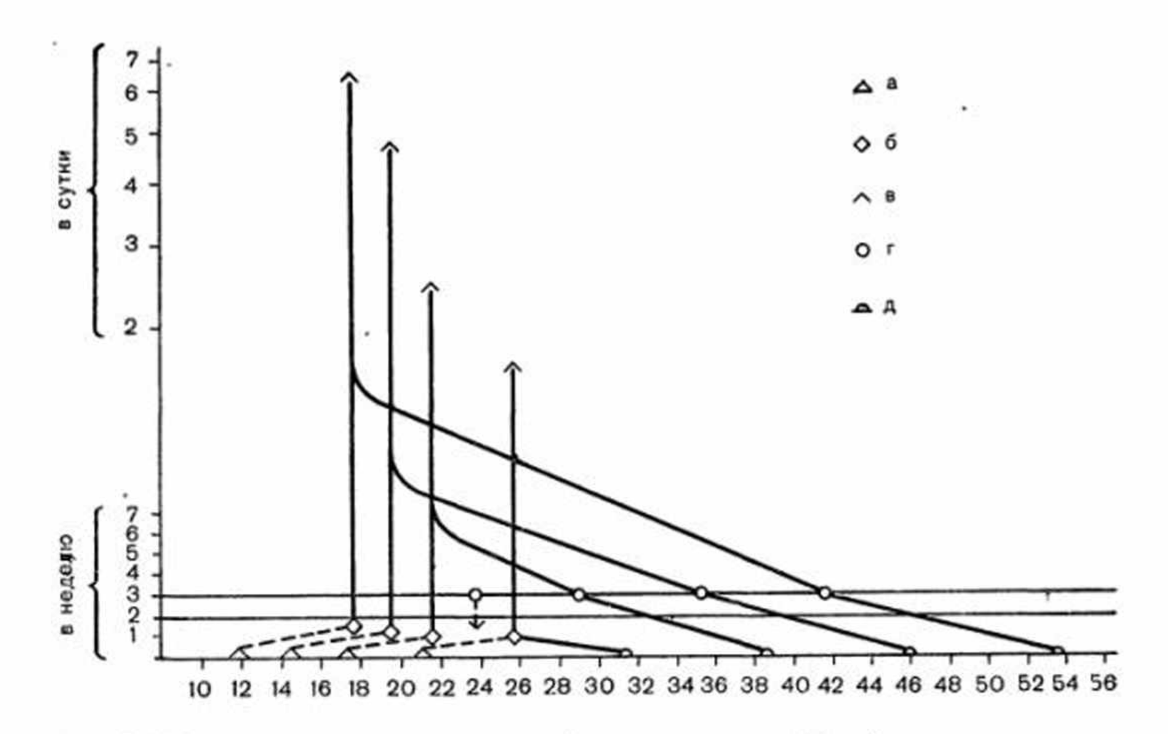


Рис. 58. Кривые динамики половой активности 175 обследованных при распределении по четырем основным группам (объяснение в тексте).

По вертикали — число эякуляций; по горизонтали — возраст (в годах). а — возраст первой эякуляции; б — начало половой жизни; в — максимальный эксцесс; г — вхождение в полосу УФР; д — возраст начала полового расстройства.

ных (рис. 58), с теоретическими выводами доктрины Эффертца (см. рис. 57) демонстрирует абсолютную спекулятивность этой последней.

Фактическая и теоретическая несостоятельность как исходной концепции самого Эффертца, так и подновленного ее варианта в виде учения о «спинальной форме импотенции» находит свое истолкование в том, что феномен рефрактерности выполняет роль регулирующего фактора, который вызывает функциональную блокаду задолго до того момента, когда навязываемый системе непосильный уровень активности примет ноцицептивный характер. Именно в свете сказанного получает истолкование упоминавшийся факт, что значительная часть обследованных 4-й группы не только никогда не имела эксцессов, но и не предпринимала более одного сношения в 7—12 дней.

Другими словами, оценивая значение конституциональной слабости функциональной системы (показатель $К_г$) с учетом данных школы П. К. Анохина [5, 6] о значении настройки системы на конечный результат, имеются достаточные основания считать, что в саморегулирующейся системе даже эта исходная конституциональная слабость выполняет роль фактора, лимитирующего максимальные уровни половой активности, и тем самым выступает в качестве адаптационного механизма, предопределяющего амплитуду возможных отклонений при ориентировке на оптимальный конечный результат.

При этом: 1) снижение числовых эквивалентов в 4-й группе по всем показателям до единого не может не ограничивать тех сексуальных возможностей, которыми реально располагали обследованные, вошедшие в эту группу (в частности, реальную возможность осуществить такую форму «полового излишества», как повторный половой акт); 2) отсутствие такой реальной возможности предшествует вредоносному воздействию «излишества», а не проистекает из него, поскольку «излишество» попросту не может быть реализовано.

Таким образом, исследование динамики уровней половой активности мужчин с аутохтонно выявившимися признаками снижения потенции вскрывает несостоятельность концепции Эфертца о метафизически предопределенном «жизненном ресурсе» количества эякуляций, механически приближающих момент наступления импотенции в тем более ранние сроки, чем интенсивнее протекала половая активность в ее начальном и среднем периоде. Четко выявившийся параллелизм по всем шести исследованным параметрам, показывающий, что высокие уровни половой активности на начальных отрезках коррелируют с более длительной сохранностью потенции, свидетельствует об отсутствии принципиальных различий между половой активностью и другими видами жизненных проявлений; общая закономерность, свойственная основным физиологическим отправлениям и заключающаяся в том, что интенсификация деятельности обладает не деструктивным, а укрепляющим систему эффектом, приложима и к половой физиологии.

Ввиду исключительной ответственности этого вывода и отсутствия в доступной литературе работ, в которых параметры половой активности мужчины подвергались бы научному анализу в плане их оптимальности, приведенная выше аргументация была подтверждена другим исследованием, в котором та же проблема рассматривалась с помощью варьирующего набора методологических приемов, со смещением акцента на случаи произвольного превышения или снижения половой активности. Поскольку среди прошедших сексологическое обследование контингентов находились как мужчины, систематически практиковавшие уровни половой активности, превышавшие их конституциональные данные, так и мужчины, на протяжении своей жизни отличавшиеся половой активностью, лежащей ниже их индивидуальных возможностей (по табл. 14 крайние отклонения по величине индекса $К_а/К_г$ располагались в диапазоне от 1,23 до 0,58), представлялось целесообразным соотнести возраст критического снижения половых возможностей с различными режимами половой активности.

Для ответа на поставленный вопрос были подвергнуты корреляционному анализу все клинические наблюдения инволюционного снижения половой активности. В качестве индикатора был взят возраст критического снижения уровня половой активности

до градиента «1» по 3-му пункту квантификационной шкалы СФМ (не чаще одного сношения в месяц). Для того чтобы исключить (уравнять) различия в половой конституции обследованных, были определены отношения парциальных индексов $К_а/К_г$. При этом, поскольку индекс половой активности ($К_а$) делился на генотипический индекс половой конституции ($К_г$), автоматически вносилась соответствующая индивидуальная поправка на конституциональные различия каждого из обследованных и конечный результат отношения $К_а/К_г$ отражал уровень половой активности, с наибольшей мерой произвольности устанавливавшийся на протяжении жизни. Все наблюдения были разделены на 3 группы, в 1-й из которых отношение $К_а/К_г$ приближалось к единице (от 0,90 до 1,09), характеризуя наибольшее соответствие между уровнем половой активности и показателем половой конституции, во 2-й превышало единицу (1,10 и выше), а в 3-й было <1 (0,89 и ниже). Рассчитанные коэффициенты корреляции оказались следующими: в 1-й группе $+0,80 \pm 0,147$, во 2-й $+0,56 \pm 0,182$ и в 3-й $+0,23 \pm 0,358$. Полученные цифры дают основание полагать, что самым благоприятствующим длительному поддержанию уровня половой активности является режим наиболее тесного соответствия между половой активностью и конституциональными данными (1-я группа), менее благоприятен режим превышения активности (2-я группа) и наиболее неблагоприятен режим, лежащий ниже уровня конституциональных показателей (3-я группа). Статистически последний вариант характеризуется не только низким коэффициентом корреляции, но и значительным увеличением средней ошибки. Клиническим же основанием дезорганизации половой активности в подобных случаях является направленный на снижение вариант срабатывания описанного выше механизма Н. А. Белова, который в пожилом возрасте может привести к развитию необратимого синдрома детренированности [92].

Полученный вывод находит подтверждение в данных Д. Д. Вахания [72], который у обследованных им 19 больных в возрасте старше 60 лет выявил, что вынужденное прекращение половой активности (вследствие длительной командировки, болезни или смерти супруги и т. п.) сыграло роль основного этиологического фактора импотенции у 13 больных, в то время как резкое повышение уровня половой активности (обусловленное сменой партнерши на более требовательную, изменением ситуации, нередко в сочетании с алкогольным опьянением, и т. п.) — у 6 больных.

К отмеченному третьему варианту полового режима (с наиболее ранним возрастным угасанием половой функции при $К_аК_г<1$, т. е. при уровне половой активности намного ниже конституциональных возможностей) имеет прямое отношение вывод, полученный И. Муравовым [287] на основании экспе-

риментальных данных: «Для стареющего организма существует определенный оптимум интенсивности нагрузок, и снижение интенсивности нагрузок ниже этого оптимума сопровождается не улучшением, а ухудшением адаптации организма к таким воздействиям».

Оценка уровней половой активности в практике консультативной работы сексопатолога

В повседневной работе сексопатологу постоянно приходится отвечать на вопрос об оптимальном половом режиме и самому корригировать заведомо превышаемые или занижаемые обследуемыми уровни половой активности.

При этом попытки оценить практикуемый пациентом ритм по отношению $К_а/К_г$ страдают двумя существенными недостатками. Во-первых, подобная оценка возможна не во всех случаях (так, например, у холостых мужчин, у которых возраст вступления в полосу УФР не определяется, $К_а$, выводимый по одному вектору, принимает чисто ориентировочный характер). Во-вторых, даже в тех случаях, когда эта оценка производится при опоре на полный набор из 7 векторов, получаемое отношение дает обобщенную характеристику всего периода — от первых пубертатных проявлений до момента обследования. Понятно, что рекомендации об изменении режима половой активности могут в подобных случаях считаться обоснованными только при условии значительной стабильности ритма на протяжении многих лет у обследованных, еще не вышедших из периода зрелой сексуальности. В тех же случаях, когда имеют место значительные колебания уровня половой активности или когда устанавливаются признаки вступления в инволюционный период, определение оптимального ритма приходится производить в пределах максимально суженного интервала времени.

В решении этой задачи можно опираться на 2 вида критериев — субъективные и объективные. К субъективным относятся критерии, характеризующие степень выраженности полового влечения к началу полового акта; проведение его при «первом позыве» или при одном из повторных (когда первый или несколько инициальных подавляются); мотивы проведения полового сношения (следование привычному стереотипу или спонтанно возникающей императивной потребности и т. д.); самочувствие непосредственно по окончании коитуса и на следующий день (или в последующие дни). Объективные критерии учитывают продолжительность копулятивной (фрикционной) стадии. Как указывалось, при сохранных силовых отношениях продолжительность копулятивной стадии обратно пропорциональна длительности предшествующего периода половой абстиненции и лежит в пределах от 1 до $3^1/_2$ мин. Демонстрируемая приведенными цифрами закономерность позволяет, с учетом

индивидуальной продолжительности коитуса, расценивать сдвиг в сторону укорочения как сигнал снижения уровня половой активности, и, наоборот, в тех случаях, когда коитус принимает затяжной характер, выходя за пределы 3—4 мин, расценивать установленный пациентом половой режим как отклоняющийся от оптимального в сторону превышения и рекомендовать увеличение интервалов между отдельными половыми актами.

О некоторых геронтологических аспектах гигиены пола

Выше рассматривалось влияние различных уровней половой активности на функциональное состояние самой половой системы, которое, однако, как показывает сравнительный анализ, у самых разных животных оказывается тесно связанным с продолжительностью жизни [14]. Это и понятно, ибо с окончанием прокреационного периода особи, выполнившей свою задачу по поддержанию вида, биологический смысл дальнейшего ее существования утрачивается.

Этот общий биологический закон нашел отражение в ряде научно-дидактических произведений древнего Китая (III—IX вв.), связывавших долголетие с соединением начала *ян* (солнечное, светлое, мужское, положительное, активное начало) и *инь* (лунное, темное, женское, отрицательное, пассивное начало). Например, «Дун сюань цзы» («Трактат проникшего в тайну») начинается следующими словами: «Из мириад вещей, созданных Небом, самое драгоценное — человек. Из всех вещей, дарующих человеку благоденствие, ни одна не сравнится с интимной близостью. В ней он следует Небу и копирует Землю, упорядочивает *инь* и управляет *ян*. Те, кто постигнет ее значение, смогут напитать свою природу и продлить свою жизнь; те, кто упустит подлинное ее значение, нанесут себе вред и умрут прежде времени». В другом трактате, «Су нюй цзин» («Наставления чистой девы»), говорится: «Все люди впадают в слабость и дряхлость от того, что нарушают законы соединения *инь* и *ян*. Женщина для мужчины то же, что вода для огня... Мужчина и женщина дополняют друг друга подобно тому, как Небо и Земля рождены друг для друга. Небо и Земля владеют законами соединения, потому они бесконечны. Люди утратили их, от того есть умирающие в молодости».

Отмеченная общебиологическая закономерность, так же как откровения древнекитайских научно-дидактических трактатов, созвучны с рядом публикаций, беспрерывная цепь которых следует с конца XVIII века вплоть до новейших клинико-экспериментальных работ В. М. Дильмана и его сотрудников, формулирующих три положения элевационной концепции механизма развития, старения и возрастной патологии [95, 96].

Первое положение гласит, что в живых организмах наряду с гомеостатическими системами, регулирующими физиологические проявления, параметры которых практически не зависят от возраста, оставаясь стабильными на протяжении всего онтогенеза (например, ионный состав крови), существуют гомеостатические системы, уровни функционирования которых изменяются по мере роста и развития организма. Более того, В. М. Дильман показал, что выполнение стоящих перед этими системами задач по обеспечению постоянства внутренней среды, делающей организм независимым от внешних влияний, было бы невозможным, если бы эти системы функционировали на одном и том же уровне в течение всей жизни. К системам, изменяющим уровень функционирования в зависимости от возрастного этапа, были отнесены три основные гомеостатические системы — *энергетическая, адаптационная и репродуктивная.*

Второе положение гласит, что в ходе саморазвития трех названных гомеостатических систем по мере увеличения возраста происходят однотипные изменения, а именно неуклонное п о в ы ш е н и е порога чувствительности гипоталамуса (или элевация, что и послужило основанием для обозначения всей концепции). Это повышение порога (т. е. снижение чувствительности) гипоталамуса происходит на фоне столь же неуклонного повышения гормональной активности, что, в частности, с предельной наглядностью прослеживается в репродуктивной системе по постоянному возрастанию концентрации гонадотропинов в крови, констатируемому начиная с препубертатного периода и вплоть до постклимактерия (рис. 59).

Если два первых положения В. М. Дильмана обосновываются солидной фактографией и методологией, то третье, формулируемое как «неизбежность перехода программы развития в программу формирования возрастной патологии» [96], требует коррекции. Сама по себе фактографическая основа третьего постулата возражений не вызывает — процесс саморазвития действительно создает постоянные метаболические сдвиги, необходимые для обеспечения возрастающих потребностей организма, — в этом не может быть сомнений, так же как в том, что те же сдвиги как бы «по инерции» продолжают саморазвиваться в том же направлении и после завершения периодов, для которых эти сдвиги были адекватны. Так, в репродуктивной системе женщин, как об этом свидетельствует рис. 59, возрастание экскреции тотальных гонадотропинов и фолликулостимулирующего гормона продолжается и по миновании прокреационного периода. Однако это л и ш ь с о з д а е т п р е д п о с ы л к и для формирования возрастной патологии, что отнюдь не равнозначно реализации программ формирования болезней возраста. Жесткая формулировка третьего постулата звучит слишком фатально, и автор концепции, как показывают другие его публикации, вынужден иногда сам от этой формулировки отходить.

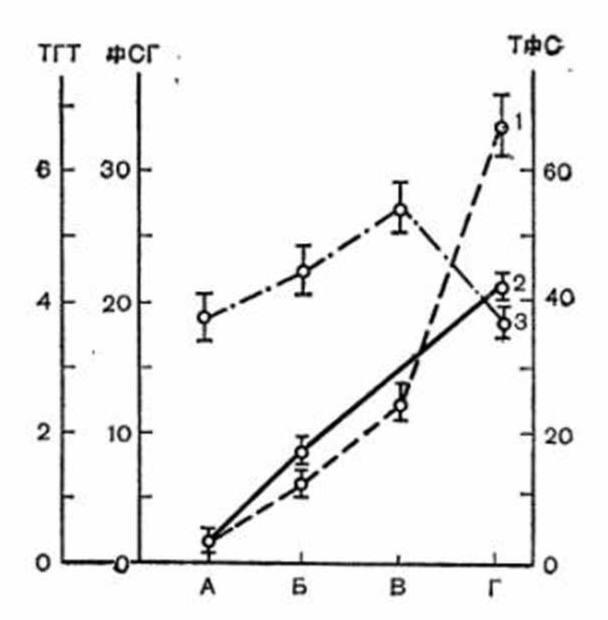


Рис. 59. Возрастная динамика экскреции тотальных гонадотропинов, ФСГ и тотальных фенолстероидов у здоровых женщин различного возраста (А—20—29 лет, n=15; Б — 30—39 лет, n=15; В—40—49 лет, n=15; Г—50—60 лет, n=30).

1 — тотальные гонадотропины (ТГТ); 2 — фолликулостимулирующий гормон (ФСГ); 3 — тотальные фенолстероиды (ТФС) [96].

Так, во втором сообщении, раскрывая термин *канкрофилия,* он определяет его как «метаболические условия, способствующие (разрядка авторов) развитию рака», и здесь же говорит о возрастном снижении сопротивляемости к инфекции как предпосылке к развитию болезни, а не самой болезни.

Если, таким образом, внести соответствующую коррекцию в формулировку третьего положения, концепция В. М. Дильмана может служить надежной теоретической опорой для анализа широкого круга изменений инволюционного периода в аспекте взаимодействия внутренних причин старения с факторами внешними, которые могут как потенцировать, так и задерживать действие внутренних механизмов. В примере функционирования тех же гомеостатических систем переедание или снижение физической активности, увеличивая массу жировой ткани, способствует повышению в крови инсулина, жирных кислот и т. д., т. е. действует в том же направлении, что и внутренние причины старения. Напротив, двигательная активность и рациональный пищевой режим будут противодействовать реализации генетически преформированных «программ возрастной патологии».

Из сказанного прежде всего следует, что продуктивный анализ геронтологических аспектов гигиены пола не может ограничиваться рассмотрением оптимального уровня половой активности как таковой, а должен выходить за узко сексологические рамки, поскольку возраст является не только биологическим, но и психологическим, социальным фактором [206].

Важность налаженных семейных отношений как одного из самых значительных бытовых и гигиенических факторов, непосредственно отражающихся на нервно-психическом состоянии человека, доказывается хорошо известными фактами, что холостые мужчины, так же как незамужние женщины, дают более высокие показатели заболеваемости и умирают в более молодом

возрасте, чем семейные [393, 243, 423, 441, 442, 499 и др.]. Имеются как клинические, так и экспериментальные данные [294, 373, 374], подтверждающие благотворное влияние регулярной половой активности на сопротивляемость по отношению к действию патогенных факторов и продолжительность жизни.

Четко наметившаяся в последние годы переориентация геронтологических исследований в онтогенологический план [253], т. е. изучение всего индивидуального развития, а не только его заключительных этапов, наряду с выработкой экспериментальных приемов, открывающих доступ к изучению молекулярных и субмолекулярных процессов в живых системах [89, 331, 332], представили и продолжают представлять убедительные доказательства значения активности как важнейшего фактора, предупреждающего преждевременное старение. Ю. А. Спасокукоцкий с соавт. [228, 229] представил свидетельства того, что долгожители — все люди деятельного и творческого труда. И. Муравов [287, 288], Д. Ф. Чеботарев и О. В. Коркушко [262], Р. Е. Мотылянская [169] и др. показывают роль мышечной системы как ключа, который способен не только вскрыть важнейшие особенности возрастных изменений на разных этапах онтогенеза, но и, что особенно важно, стимулировать развитие адаптационных механизмов и тем самым способствовать достижению активного долголетия. С данными советских геронтологов очень тесно перекликаются эксперименты их болгарских коллег. Русанов (цит. по [286]) показал, что искусственная иммобилизация не ограничивается поражением мышечной системы, но наносит одновременно и параллельно ущерб также мышце сердца и общей системе энергетического обеспечения организма, т. е. «приводит к тем же самым изменениям, к которым ведут и явления старости». Экспериментальные данные Русанова получают особое значение в свете данных А. И. Берга (1964), показавшего, что доля мышечных усилий в энергетическом балансе человечества за последние 100 лет сократилась с 94 до 1%.

Экспериментальные данные Матеева в совокупности с данными Русанова послужили основанием для построения Матеевым негэнтропической концепции профилактики преждевременной старости. Если принудительная или вынужденная иммобилизация ведет к сокращению энергетического заряда, т. е. свободной для работы энергии, и обозначает увеличение энтропии, то функциональная нагрузка стареющего организма физическими упражнениями означает уменьшение энтропии (негэнтропия). Фазы расхода (увеличивающейся энтропии) и фазы восстановления (уменьшающейся энтропии) взаимно связаны, и их чередование представляет, по Матееву, цикл самообновления живой материи. Пониженная функциональная нагрузка (гипофункция), нарушая оптимальный баланс энергетических систем, означает увеличение энтропии и развитие

процессов структурной инволюции и атрофии, что превращает организм в закрытую (изолированную, по И. Пригожину, 1960) термодинамическую систему. Это последнее состояние Матеев уподобляет догорающей свече, так как процессы самообновления в нем не могут быть приведены в движение из-за недостатка активности. Пища, принимаемая в подобных условиях, не может быть использована в такой степени, чтобы превратить систему в открытую. Особый интерес представляет в рассматриваемой концепции фактор отдыха. Этот последний, по Матееву, носит восстановительный характер (ведет к уменьшению энтропии, т. е. к негэнтропии) только в том случае, если ему предшествовала достаточная функциональная нагрузка. Напротив, отдых, покой без предшествующей функциональной нагрузки, достигающей стадии выраженного утомления, приводит к упадку и суживанию энергетического заряда, к инволюции и атрофии (т. е. к повышенной энтропии). «Следовательно, — заключает Матеев, — отдых имеет свою диалектическую границу, за пределами которой он приносит ущерб организму» (разрядка авторов).

Методика сексологического обследования

Основные особенности обследования сексологических больных

Люди, которые являются на прием к сексопатологу, составляют особую группу, и в литературе этим людям и врачебному обследованию этого контингента приписывают ряд специфических особенностей, таких как повышенная стыдливость, психическая ранимость, сенситивность пациентов, установка на строжайную конфиденциальность всего хода исследования и т. п. При бесспорной справедливости отмечаемых особенностей их, однако, нельзя признать абсолютно специфическими для данной клинической группы: лица, страдающие невротическими расстройствами, отличаются не меньшей сенситивностью, а требование строгой конфиденциальности приложимо и к значительному кругу гинекологических или венерологических исследований.

Первая особенность сексологической диагностики состоит в не имеющем прецедента среди других клинических дисциплин огромном количестве дискретных признаков, которые врач-сексопатолог должен выявить на начальном этапе обследования, а затем проанализировать для оценки состояния больного и для установления патогенетического диагноза.

Если для амбулаторных больных, у которых устанавливается урологическое, эндокринное или психоневрологическое заболевание, медицинская документация считается безупречной, а диагноз вполне обоснованным при регистрации 1—2 десятков дискретных признаков, то у человека, предъявляющего сексологические жалобы, круг дескрипторов, подлежащих обязательному учету, составляет многие десятки, поскольку сексопатологическая диагностика предусматривает обязательную оценку состояния и уро-генитальной сферы, и эндокринного обеспечения, и психоневрологических особенностей обследуемого, а также установления его личностного профиля.

От сексопатолога требуется владение широким набором диагностических приемов для того, чтобы выявить у обследуемого феномены, без которых немыслимо установление характера и объема расстройства в целом. Значительная часть этих приемов берется из смежных клинических специальностей: урологии, (исследование простаты), невропатологии, эндокринологии, психиатрии и др. Таким образом, для проведения первой стадии сексологического обследования сексопатолог должен обладать достаточно разносторонней подготовкой с акцентом на прикладной стороне диагностического обследования. Однако овладение чисто техническими приемами обследования сексологических больных, позволяющее выявить формальные признаки, на которые опирается сексологический диагноз, отнюдь не предполагает способности ставить этот диагноз. Напротив, именно на этой заключительной стадии и лежат основные трудности сексологической диагностики, преодоление которых требует неустанной работы на протяжении всей профессиональной деятельности сексопатолога. Специфические трудности заключительного этапа определяются второй особенностью сексологической диагностики — необходимостью интегрального, или системного, подхода. Молодой врач выбирает ту или иную медицинскую специальность, исходя из своих индивидуальных склонностей. Один предпочитает предельную конкретность урологии, дающей ему возможность при выведении диагноза опираться на клинические проявления, которые он либо видит при цисто- или уретроскопии, либо осязает при пальпаторном обследовании, другой, напротив, находит глубокий резонанс в предельно отдаленных от субстантивизации чисто конвенциональных категориях психиатрии. Системный же подход к сексологической практике предъявляет максимальные требования к аналитико-синтетическим способностям врача, который должен обладать универсальностью мышления, чтобы разобраться, какой из диагностических «блоков» играет роль структурного стержня всего страдания, какой не выходит за рамки предрасполагающего фактора и какой представляет вторичное осложнение, присоединившееся лишь на заключительной стадии развертывания патологического процесса. Поэтому ни чисто урологическое лечение, ни изолированная медикаментозная или вегетативно-сегментарная терапия, ни самые изощренные психотерапевтические методики у такого рода больных не дают ощутимых и стойких лечебных результатов, обеспечиваемых профессионально подготовленным сексопатологом.

Третья особенность сексологической диагностики — необходимость постоянно соотносить каждое сексуальное проявление, отмечаемое больным, с соответствующей его возрасту нормой. Как было показано выше, весь жизненный регистр половых отправлений человека разворачивается по скользящему графику, и определенная интенсивность тех ил иных сексуальных

проявлений, естественная для одного возраста, в другом воспринимается как патологическое отклонение.

И, наконец, четвертая особенность сексологической диагностики — необходимость обязательного учета индивидуальных черт сексуальной организации обследуемых, или их половой конституции.

Особенности обследования сексологических больных врачами различных специальностей

До выделения сексопатологии в самостоятельную специальность больные с половыми расстройствами обращались за медицинской помощью к урологам, невропатологам, дермато-венерологам, психиатрам, гинекологам, эндокринологам и др. Затяжное течение большинства сексопатологических синдромов с образованием терапевтически резистентных форм при отсутствии у большинства названных специалистов адекватной подготовки (что, в частности, сказывалось в необоснованном назначении гормональных препаратов [39]) нередко приводило к отягощению состояния больных вплоть до нарушения гормонального баланса, подавления сперматогенеза, развития диэнцефалеза и т. д. Специальное исследование, проведенное в 1966—70 гг., показало [54], что средняя длительность периода, в течение которого сексологические больные переходили от одного узкого специалиста к другому, не получая эффективной помощи, составляла около 8 лет, а при отдельных формах — даже 10,5.

Для выяснения причин подобного положения были собраны статистические данные о длительности и формах первичного обследования сексологических больных врачами различных специальностей [50]. Опрос больных, лечившихся у 172 врачей, выявил, что среди этих врачей было 72 уролога, 39 невропатологов, 22 сексопатолога (специальную подготовку по сексопатологии имела лишь часть этих врачей), 15 дермато-венерологов, 14 психиатров, 3 гинеколога, 3 гомеопата, 2 хирурга, 1 эндокринолог и 1 участковый врач.

Время, затраченное всеми врачами на объективное обследование, варьировало мало, и может быть признано достаточным в 78%. Исключение представляют лишь те 22% врачей, которые вообще никакого объективного обследования не производили. Характерно, что самый высокий процент отказа от объективного обследования (70%) встречается среди специалистов, наименее подготовленных к работе с сексологическими больными: хирургов, гомеопатов и гинекологов (в данной работе исследовались страдающие половыми расстройствами мужчины), а также среди психиатров (36%), в то время как из урологов объективное обследование не произвели только 7%.

В противоположность этому время, затраченное на анамнестическое обследование, можно считать безусловно достаточным только в 15%. Если даже рассматривать 27% случаев, на обследование которых было уделено от 10 мин до получаса, как обследованные условно удовлетворительно, придется констатировать, что в 58% анамнестическое обследование было крайне поверхностным. При этом следует отметить, что наибольшее внимание к больным продемонстрировали психиатры (менее 10 мин собирали анамнез 21%, от 10 мин до получаса — 43%, и более получаса — 36% психиатров). Наибольшими же сторонниками экспресс-метода, ограничивающими анамнестическое обследование менее чем 10 мин, оказались дермато-венерологи (73%) и урологи (71%), далеко в этом отношении превзошедшие гомеопатов (40%).

И, наконец, как показывает табл. 16, с достаточной серьезностью к обследованию больных в фазе осмотра отнеслись только 22% врачей, осуществивших тотальное (9%) или полутотальное (13%) обнажение обследуемых. Так, например, из урологов, производивших объективное обследование, ни один не вышел за пределы уро-генитальной зоны, в то время как 28% всех врачей, напротив, этот сегмент полностью игнорировали.

Таблица 16

Обширность поверхностей тела, подвергавшихся обнажению при объективном осмотре врачами различных специальностей

(в процентном соотношении)

Врачебные специальности	Обширность областей, подвергавшихся обнажению				
	обследуемый вообще не обнажался	до пояса без гениталий	только область гениталий	полутотальное обнажение (до пояса, с гениталиями)	тотальное обнажение
Урологи	7	—	93	—	—
Невропатологи	33	15	3	21	28
Сексопатологи	27	5	36	23	9
Дерматологи	27	—	53	20	—
Психиатры	43	—	—	43	14
Врачи других специальностей	70	—	20	10	—
По всем специальностям	24	4	50	13	9

Приведенные данные свидетельствуют о неадекватности концептуальных позиций представителей различных дисциплин и делают понятным, почему Всемирная организация здравоохранения, исходя из необходимости изучения опыта различных

стран для устранения стихийности в становлении национальных сексологических служб, организовала в штаб-квартире ВОЗ совещание о преподавании сексопатологии при подготовке медицинского персонала (Женева, 13—19 сентября 1972 г.). На этом совещании четко определились и нашли отражение в рабочей документации [58, 440] два подхода к оказанию сексологической помощи — дилетантский и профессиональный.

Сопоставление опыта различных стран выявило, что стадии выделения сексопатологии в самостоятельную клиническую дисциплину предшествует стадия допрофессиональная, когда все вопросы сексологии решают энтузиасты-любители, продолжающие работать главным образом по своей основной специальности (урологии, акушерству и т. д.).

Вот почему приказ № 920 от 22 ноября 1973 г. министра здравоохранения СССР Б. В. Петровского «О мерах улучшения лечебно-профилактической помощи больным, страдающим половыми расстройствами», подчеркивая сложность структуры этих расстройств, четко определяет, что медицинская помощь больным с половыми расстройствами должна оказываться только врачами, прошедшими специальную подготовку по сексопатологии.

Карта сексологического обследования мужчин

Как следует из всего сказанного, сексопатолог стоит перед необходимостью выявления и семиологической оценки широкого круга проявлений, характеризующих целый ряд подсистем (от эндокринного обеспечения и уро-генитальной сферы до личностных особенностей обследуемого). Без уяснения функциональной характеристики всех этих подсистем немыслимы ни постановка диагноза, отражающего всю цепь патологических изменений (а не отдельные ее звенья), ни оказание эффективной помощи больному.

Для обеспечения оптимума сведений, необходимых для постановки сексологического диагноза, при минимальной затрате времени, в Отделении сексопатологии Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР разработан метод обследования, сочетающий приемы традиционного врачебного освидетельствования с элементами анкетной техники и выработанными социальной психологией приемами структурированного опроса. Получаемые при обследовании данные фиксируются в стандартной карте сексологического обследования, составленной таким образом, чтобы свести до минимума запись стандартных словесных формулировок. С этой целью неизбежные при любом протоколировании определения заранее отпечатываются в бланке карты,

а выявленные при обследовании варианты фиксируются в сетке или вносятся в просветы в виде подчеркивания, проставления значков типа + или —, цифр, кратких словесных формулировок и др.

Строя карту по этому принципу, составители стремились преодолеть недостатки типовых форм документации, применяемых, например, в психиатрии (отсутствие четкого принципа отбора информации, разработанных алгоритмов собирания анамнеза и др.). Многолетний опыт применения карт сексологического обследования подтвердил их эффективность как в сочетании с перфокартами ручной сортировки [51], так и с выходом в программирование на ЭВМ [261]. Последняя редакция карты сексологического обследования мужчин имеет следующий вид.

КАРТА СЕКСОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ №

Ф. И. О. . . . . .Дата обследования . . . .
Возраст ... лет (... года рожд.). . . . .
Образовательный индекс . . . .
Профессия . . . .
Адрес . . . .
СФМ: . . . .
Заключительный диагноз . . . .

1. Жалобы; когда и при каких обстоятельствах впервые возникла мысль о наличии полового расстройства, динамика и проведенное ранее лечение

2. Либидо. Возраст пробуждения: платонич. . . . .
сексуальн. . . . .

3. Первая эякуляция в . . . лет, при . . . .
Дневные поллюции . . . .
Петтинг . . . .
Фрустрации . . . .

4. Оргазм (выраженность в наст. время) . . . .

5. Мастурбация с . . . лет. Частота (в динамике, указать эксцессы)
Прекратил . . . . по причине . . . .
Отношение к мастурбации . . . .
Тип мастурбации (по клинич. классифик.) . . . .

6. Динамика половой жизни . . . .
Половая жизнь в . . . лет с (характеристика партнера) . . . .
Первый коитус (обстоятельства, как протекал) . . . . . .
Оценка: а) самого обследуемого . . . .
б) партнера . . . .
Связи до женитьбы (кол-во, длительность, регулярность, эксцессы)
Женат с 19. . . года (с. . . лет), на дев., женщ. Жене . . . . .
сейчас. . . лет . . . .
Жена работает . . . .
Активность в браке: в первый год . . . .
УФР (2—3 раза в неделю) с . . . лет . . . .
Последний год перед заболеванием . . . .
Установившаяся продолжительность пол. актов . . . .
Сексуальность жены пробудилась . . . . % оргастичн. .

Ее сексуальная притязательность (средн., выс., низк.) . . . .
Эмоциональная значимость для обследуемого наступления у женщины оргазма . . . .
Отношения с женой (вне секс. сферы — взаимные интересы и др.)
Ее характерологич. особенности . . . .
Жена индивидуальным сексуальным вкусам . . соответствует . .
Методы контрацепции . . . .
Беременности . . . . Дети . . . . . .
Внебрачные связи (наличие, хар-ка, мотивы) . . . .
Разведен (причины) . . . .

7. Формы проведения коитуса . . . .
Предпочтительное время суток . . . .
Определяющие мотивы . . . .
Ласки перед сношением: продолжительность . . . .
Диапазон приемлемости . . . .
Мануальн. . . . .
Оральн. . . . .
Степень готовности партнера к началу акта . . . .
Активность партнера (форшпиль и коитус) . . . .
Неотреагированные сексуальные желания . . . .
Отклонения и перверзные тенденции . . . .
Периоды абстиненции: . . . .
Продолжительность и частота . . . .
Их характер (тотальный, парциальный) . . . .
Субъективная переносимость . . . .
Эксцессы: максимальный . . . . . . в возрасте . . .
последний . . . .
Последний коитус (когда, как протекал) . . . .
Предпоследний коитус (то же) . . . .

8. Спонтанные эрекции . . . .

9. Ночные поллюции . . . .
Впервые в . . . лет . . . .
Их частота (в динамике) . . . .
Последняя поллюция . . . .
Эротические сновидения (их характер и связь с поллюциями) . .
. . . .

10. Мочеиспускание . . . .
Энурез . . . .
Дефекация (сопутствие простатореи) . . . .

11. Алкоголь . . . .
Его влияние на половые функции . . . .
Курит с . . . лет. В среднем . . . .
Другие наркотики . . . .

12. Жилищные условия: комнат (. . . кв. м) на . . . человек
Отдельной комнатой располагает. Постель общая, раздельная . .

13. Анамнез жизни . . . .
Сведения о родителях и родственниках . . . .
Родился . . .-м ребенком, имеет . . . братьев, . . . сестер . .
Как протекали беременность и роды у матери . . . . . .
Раннее развитие (в городе, в сельской местности) . . . . .

14. Перенесенные заболевания (включая травмы) . . . . . .
Нервно-психические (включая психотравмы и трудные жизненные ситуации) . . . .
Уро-венерологические . . . .
Профвредности . . . .
Спорт . . . .

15. Личностные особенности и основная невротическая симптоматика

Индивидуальные черты характера (начиная с его становления, со слов обследуемого) . . . .

Учеба . . . .

Военная служба . . . .

Социальное продвижение . . . .

Невротические симптомы и личностные особенности	Продолжительность		
	Вс	>5 л.	<5 л.
Общая слабость, утомляемость			
Замкнутость			
Мнительность			
Застенчивость			
Нерешительность, неуверенность			
Сензитивность			
Навязчивости			
Неустойчивость настроения			
Сниж. фон настроения			
Раздражительность, вспыльчивость (без потери контроля)			
Аффекты, взрывчатость (с потерей контроля)			
Асоциальные (или гиперсоциальные) тенденции			
Ревность			
Сужение круга интересов			
Расстройства сна			
Головные боли			
Кардиалгии			
Боли другой локализации			
Сосудистая неустойчивость			
Желуд.-кишеч. дискинезии			
Гипергидроз, дистермии			

Краткое заключение . . . .
. . . .
. . . .

Тип ВНД	М	Х	С	Ф
Возбужд.	—	+	+	+
Тормож.	±	—	+	+
Уравн-сть	∓	—	+	+
Подвижн.	∓	±	+	—

Художеств.

Средн.

Мыслительн.

В досуге доминир.:

Развитие

Развлечения

Отдых

Доминир. мотивации

1. Обеспечение жизненных процессов
2. Престиж
3. Творчество

Шкала ценностных ориентаций

Профессиональные интересы

Быт

Культурные интересы

Сексуальная сфера

Хобби

Отношение к сексологическому расстройству (адекв., неадекватн.)

От кого из супругов исходит инициатива обращения

16. Объективные данные . . .
А — окружность грудной клетки .
Б — высота ноги . . . .
В — рост . . . . . Вес . . .
Г — ширина таза . . . . . .
Д — ширина плеч . . . . . .

— 116	— 97	— 192	— 37	48 —
— 113	— 95	— 188	— 36	47 —
— 110	— 93	— 184	— 35	46 —
— 107	— 91	— 180	— 34	45 —
— 104	— 89	— 176	— 33	44 —
— 101	— 87	— 172	— 32	43 —
— 98	— 85	— 168	— 31	42 —
— 95	— 83	— 164	— 30	41 —
— 92	— 81	— 160	— 29	40 —
А	Б	В	Г	Д

Трохантерный индекс
диаметр ареол сосков (по горизонтали): пр. . . . . лев. . . .
Преимущественное отложение подкожного жира

Наличие стрий . . . .
Оволосение: лицо . . . . . .
лобок . . . .
гипертрихозы . . . .
седина . . . .
облысение . . . .
Эндокринная система . . . . .
Внутренние органы . . . . . .
Артер. давл. . . . .
Нервная система . . . .

Л П

Кавернозный рефлекс . . . .
Кремастерные рефлексы . . . .
Ладони . . . .
Пульс лежа . . . . . стоя . . . . .
Дермографизм . . . .
красный — появл. через . . . сек. . . . .
держится . . . мин . . . .
белый . . . .

Психический статус . . . .
Мочеполовая система . . . .
Половой член: длина . . . . см, окружность . . . . см . . .
головка (закр. откр.) . . . .
Коррегир. индекс . . . .
Состояние мошонки:
складчатость . . . .
пигментация . . . .
Паховые кольца . . . .
Семенные канатики . . . .
Яички: пр. . . . . лев. . . . .
Простата . . . .
Лабор. исследование секрета простаты . . . .
Общее заключение:

17. $К_ф$ = ... (—)

$К_а$ = ... (—)

$К_г$ = ... (—)

$К_а/К_г$ . . . .

I		
II		
III		
IV		
0		

Динамика выявления синдромов . . . .
18. Предварительный диагноз . . . .
19. Лечение и динамика последующего наблюдения . . . .

Так как при постановке сексопатологического диагноза информация, получаемая со слов обследуемого, обычно преобладает над данными объективного врачебного осмотра, сексопатологу приходится изыскивать специальные приемы, направленные на максимальную объективизацию сексологического анамнеза. С этой целью, помимо повторных обследований (проводимых спорадически, в основном в плане научно-исследовательском для исчисления индексов надежности [54]) и сопоставления данных, полученных от обследуемого, с показаниями его сексуального партнера, используются два контрольных перманентных механизма.

Первый из них представляет частичное, сознательно маскируемое дублирование некоторых пунктов информации и «срабатывает» совершенно автоматически, даже при отсутствии сознательной установки со стороны обследующего. Заключается он в том, что обследуемый дает ответы фактически на один и тот же вопрос, задаваемый в различных формулировках на разных этапах обследования. Например, пункт 3-й (первая эякуляция) неизбежно дублируется либо с 5-м (мастурбация с ... лет), либо с 6-м (половая жизнь в .... лет), либо с 9-м (ночные поллюции впервые ...).

Наиболее же существенным контрольным механизмом является с и с т е м н о с т ь, связывающая отдельные половые проявления. Этот механизм скрыт в большинстве пунктов квантификационной шкалы СФМ (см. ниже) и связанных с этими пунктами разделах карты обследования (последний коитус, периоды абстиненции, частота поллюций и последняя поллюция, спонтанные эрекции, дневные поллюции, петтинг и др.). Именно благодаря системности были очень быстро выявлены те случаи, когда обследуемые пытались давать ложную информацию. Так, один пациент пытался ввести врача в заблуждение и преднамеренно давал более высокую оценку своим сексуальным возможностям, так как боялся, что если он будет говорить правду, врач сообщит его жене о том, что он страдает импотенцией, и жена немедленно потребует развода. Однако больной не всегда знает, что при учащении половых сношений длительность половых актов обычно увеличивается, что в период абстиненции первая ночная поллюция в его возрасте провоцирует вторую, и они следуют не с равномерными интервалами, а своего рода «обоймами» и т. д. и т. п. Разнобой и противоречия в показаниях обследуемого в подобных случаях не могут обмануть опытного сексопатолога, владеющего знанием закономерностей, связывающих отдельные сексуальные проявления.

Ниже будет представлена техника пользования картой сексологического обследования с освещением как специфических приемов диагностики, так и ряда сексологических феноменов, не получивших достаточного освещения в предыдущих разделах, и оценкой их семиологического значения.

Квантификационная шкала СФМ

Сексологическое обследование начинается с того, что пациенту еще до начала беседы с врачом предлагается указать ряд количественных градиентов по специальному вопроснику СФМ (сокращенно — *сексуальная формула, мужская*):

СФМ . . . . женат . . . . . .
холост . . . . .
Инициалы . . . . Дата . . . разведен . . . .

В каждом из разделов, отмеченных римскими цифрами, галочкой обозначьте ряд, наиболее отвечающий Вашему состоянию в настоящее время[1].

I. Потребность в половых сношениях

Как часто возникает настоятельное желание иметь половой акт (вне зависимости от напряжения полового члена):
0 — вообще никогда или не чаще раза в год
1—несколько раз в год, но не чаще раза в месяц
2—раза 2—4 в месяц
3—раза 2 или несколько чаще в неделю
4—ежесуточно один или несколько раз

II. Настроение перед сношением

0—сильный страх неудачи, и поэтому попыток никогда не предпринимал
1—выраженная неуверенность, и поэтому ищу предлог, чтобы уклониться от попытки
2—некоторая неуверенность, но от попытки не уклоняюсь (или — провожу совокупление в угоду жене, без внутреннего побуждения) или — провожу сношение, чтобы испытать себя
3—главным образом — желание наслаждения, овладения женщиной, и к сношению приступаю без опасений
4—всегда только жажда наслаждения женщиной, никогда не испытываю ни малейших сомнений . . . .

III. Половая предприимчивость

Провожу действия, направленные к непосредственному осуществлению полового акта:
0 — вообще не провожу, или с интервалами не менее года
1 — несколько раз в год, но не чаще раза в месяц
2—несколько раз в месяц, но не чаще раза в неделю
3—раза 2 или несколько чаще в неделю
4 — ежесуточно один или несколько раз

IV. Частота осуществления полового акта

Мне удается провести половое сношение (хотя бы и не совсем полноценное по форме, то есть кратковременное или при неполном напряжении полового члена):
0—вообще никогда не удавалось
1—очень редко
2—в большинстве случаев
3—в обычных условиях — всегда
4—в любых условиях и всегда, даже если обстоятельства этому не благоприятствуют

---

[1] В анкете, выдаваемой больному, арабские цифры отсутствуют.

V. Напряжение полового члена (эрекция)

0 — эрекция не наступает ни при каких обстоятельствах
1 — вне обстановки полового акта эрекция достаточная, однако к моменту сношения ослабевает, и введение члена не удается
2 — приходится применять усилия или местные манипуляции, чтобы вызвать достаточную для введения эрекцию (или же эрекция ослабевает после введения, но до семяизвержения)
3 — эрекция неполная, но введение удается без труда
4 — эрекция наступает в любых условиях, даже самых неблагоприятных

VI. Длительность сношения

Семяизвержение наступает:
0—не наступает ни при каких обстоятельствах
0,5 — наступает не при каждом половом акте; сношение носит затяжной, подчас изнурительный характер
1—еще до введения члена или в момент введения
2—через несколько секунд после введения
2,5 — примерно в пределах 15—20 движений
3—4—через 1—2 минуты или дольше (указать примерную длительность)

VII. Частота половых отправлений

Семяизвержение происходит при сношениях (или ночных поллюциях, онанизме и др.) в среднем:
0—вообще не происходит, или не чаще раза в год
1—несколько раз в год, но не чаще раза в месяц
2—несколько раз в месяц, но не чаще раза в неделю
3—раза 2 или несколько чаще в неделю
4—ежесуточно один или несколько раз

VIII. Настроение после сношения (или неудавшейся попытки)

0—крайняя подавленность, ощущение катастрофы (либо — отвращение к жене)
1—разочарование, досада
2—безразличие (или некоторый осадок от сознания, что женщина чувствует себя неудовлетворенной)
3—удовлетворенность и приятная усталость
4—полная удовлетворенность, душевный подъем

IX. Оценка успешности половой жизни

0—женщина не хочет иметь со мной близость
1—женщина высказывает упреки
2—половая жизнь происходит с переменным успехом
3—половая жизнь происходит в общем успешно
4—способен в любых обстоятельствах удовлетворить женщину

X. Длительность полового расстройства

0—с начала половой жизни
1—дольше чем полгода
2—менее полугода
3—в настоящее время нет никаких расстройств, но они случались в прошлом (в особенности в начале половой жизни)
4—не знаю, что такое иметь затруднения в половой жизни

Если проявления варьируют очень широко (например, продолжительность половых актов), обследуемому предлагается обозначить крайние пределы колебаний.

В первой фазе обследования врач проверяет заполнение вопросника, убеждаясь, что обследуемый правильно понял все

адресованные ему вопросы и дал адекватные ответы. При обнаружении явных несообразностей задаются контрольные вопросы, вносятся соответствующие поправки (предварительная коррекция). По завершении анамнестической части обследования в нужных случаях производится заключительная коррекция СФМ, сводящаяся к исправлению неточностей, выявившихся в ходе основной части обследования. После этого полученные цифры вписываются в соответствующую строку первой страницы Карты сексологического обследования.

Норвежский сексолог Эйлерт Сундт еще в 1885 г. отметил чрезвычайную «математичность» сексологического исследования, представляющего, по его определению, «труд, требующий исключительного терпения как для исследователя, так и для исследуемого; приходится пробиваться через скопление величин и калькуляций...» [510]. Понадобилось, однако, более ста лет, прежде чем было разработано эффективное вспомогательное средство, позволяющее свести все многообразие основных сексологических проявлений в стройную систему, выражаемую числовым рядом. Таким средством является квантификационная шкала СФМ.

Поскольку пользование квантификационными шкалами представляет частный случай структурного моделирования, необходимо познакомиться с некоторыми положениями работы Н. М. Амосова по структурному анализу и моделированию сложных систем [4]. К настоящему времени, по Н. М. Амосову, наметились два варианта математического моделирования сложных систем: подход к системе как к «черному ящику» и структурный анализ. В свою очередь для каждого из названных подходов возможны два основных метода моделирования: дискретный, с помощью наборов цифр (в соответствии с теорией цифровых автоматов) и аналитический — в виде уравнений классической математики. Первый метод носит приближенный характер, второй — более точен, но неприменим для очень сложных систем, поскольку еще не существует методов построения и решения систем дифференциальных уравнений, адекватных сложности многих биологических систем. Выбор подхода и метода моделирования определяется спецификой анализируемой системы, целью и теми техническими средствами, которыми располагает исследователь. Моделирование системы, рассматриваемой как «черный ящик», предусматривает чисто математическое выражение зависимостей между ее входами и выходами («раздражениями» и «действиями») и не требует раскрытия сути внутренних механизмов переработки информации. Этот метод является единственно возможным для систем с неизвестной структурой. Если же целью моделирования являются изучение типовых программ «поведения» системы на основе расшифровки взаимодействия ее элементов и выработка методов воздействия на систему с целью активного изменения типовых

ответов (т. е. управление системой), то предпочтение нужно отдать структурному подходу и цифровому методу моделирования.

Заслуга составления первой квантификационной шкалы, отвечающей специфике сексологического обследования, принадлежит сотруднику Пражского сексологического института Меллану [452].

В приведенном выше варианте шкалы по сравнению с оригинальной редакцией Й. Меллана изменены как формулировки отдельных пунктов, так и сама конструкция шкалы. Произведенные изменения обусловлены необходимостью согласования узловых пунктов шкалы с естественным развертыванием стадий и составляющих копулятивного цикла. В результате, приняв на себя роль дополнительных критериев, позволяющих судить о степени функциональной сохранности физиологических составляющих копулятивного цикла, СФМ стала надежным инструментом структурного анализа сексуальных расстройств.

В самом деле, как следует из ознакомления с содержанием шкалы, подразделения от 0 до 4 в каждом из десяти пунктов шкалы представляют числовые градиенты, характеризующие степень выраженности той функции, которую они отражают. При этом цифры 0, 1 и 2 характеризуют различные степени снижения, цифра 3 соответствует средней статистической норме для мужчины средних лет, а цифра 4 характерна для периода возрастной гиперсексуальности или для сильной половой конституции. Что же касается самих пунктов, то они подразделяются на три функциональные триады и внеструктурный показатель X, характеризующий давность расстройства. Структурные показатели отражают: I — состояние предварительной нейрогуморальной готовности, II — настроение перед сношением (т. е. состояние психической составляющей) и III — результат их интегративного взаимодействия, проявляющийся сексуальной активностью (предприимчивостью). В целом же первая триада характеризует ранние стадии копулятивного цикла, предшествующие половому акту. В противоположность этому вторая триада (показатели IV, V и VI) отражает объективные параметры реализации полового акта (IV — интегративный показатель, характеризующий общую результативность, вне зависимости от качественной стороны; V и VI — показатели, дающие раздельную характеристику состояния эрекций и аппарата эякуляции). И, наконец, заключительная триада отражает различные стороны оценки уже имевшей место половой активности, включая абсолютный в своей объективности показатель VII, характеризующий периодичность эвакуации эякулята, наряду с раздельной субъективной оценкой самого обследуемого (показатель VIII) и «оценкой со стороны» (показатель IX).

Таким образом, показатель I (потребность в половых сношениях), отражающий степень «либидинозного напора», характе-

ризует состояние предварительной нейрогуморальной готовности, которое лежит в основе нейрогуморальной составляющей, и обусловливает существование всех других составляющих, а показатель II — состояние психической составляющей.

Что такое показатель III (половая активность, или предприимчивость)? Дело в том, что и степень либидинозного напора, и предварительная психическая настройка — это лишь предпосылки к проявлению половой активности, а насколько действенны окажутся эти предпосылки — это уже интегральный результат взаимодействия этих двух предпосылок. Ведь обстоятельства могут складываться различно: в одном случае, например, человек может оказаться настолько запуганным примитивно вульгаризированной лекцией, трактующей об «истощении спинномозговых центров вследствие мастурбации», что откажется от каких бы то ни было попыток к сближению, несмотря на достаточно высокое либидо, а в другом регулярная половая активность поддерживается на протяжении многих лет после полной рентгеновской кастрации (см. набл. 8). Таким образом, поскольку возможны самые различные взаимодействия первого и второго компонентов, имеет смысл выделить показатель, который интегрировал бы взаимодействия между первыми двумя, давал бы обобщенную, векторную характеристику. Такую результирующую и представляет показатель III СФМ.

Во второй триаде, так же как и в первой, можно выделить два частных показателя, характеризующих состояние эрекций (V) и быстроту наступления эякуляций (VI), и один интегральный показатель (IV). В данном случае интегральный показатель предшествует частным, поскольку его характеристика логически следует за характеристикой последнего показателя первой триады (половая предприимчивость).

Столь же интегративен и VII показатель (частота половых отправлений): он показывает, с какой интенсивностью осуществляется преимущественно соматическая сторона периодической эвакуации эякулята вне зависимости от таких психических факторов, как страх и неуверенность; именно с этой целью учитывается эякуляция как таковая, будь то при сношениях, онанизме, поллюциях или петтинге.

Техника пользования шкалой СФМ и семиологическое значение различных типовых профилей СФМ

После соответствующей коррекции и разбивки на триады производится определение суммарных показателей триад, а также общего (или прогностического) показателя, и весь профиль СФМ в гипотетическом случае средней статистической нормы приобретает следующий вид:

СФМ: 333 / 333 / 333 / 3 — 9 / 9 / 9 / 3 — 30

333	333	333	9 / 9 / 9	30
Первая триада	Вторая триада	Третья триада	Суммарные показатели триад	Общий (прогностический) показатель

Поскольку, однако, получаемые при обследовании реальные профили всегда отличаются от идеального, при диагностической обработке маркируются подчеркиванием снизу самые низкие показатели во всем ряду (одной, двумя и тремя чертами) и сверху — самые высокие показатели. Подобная маркировка помогает выявить наиболее пораженные ингредиенты, в большинстве случаев непосредственно указывающие на самое уязвимое место всей структуры. В то же время самые высокие показатели характеризуют как общий резерв компенсаторных возможностей, так и наиболее сохранные структурные единицы, отличающиеся наибольшей устойчивостью, которые могут быть использованы в ходе лечения для конструктивной перекомпоновки системы.

Первой клинической формой, к которой был применен анализ типовых профилей СФМ [52], явилась *мнимая импотенция* (т. е. расстройство, основу которого составляет неправильная субъективная оценка нормальной половой активности). Вычисление средних арифметических, характеризующих частоту и глубину поражения различных показателей СФМ для каждой из 4 разновидностей псевдоимпотенции, выявило следующие наименьшие показатели (принимались в расчет только показатели структурные):

в первом клиническом варианте (случаи псевдоимпотенции, в происхождении и клинической картине которой главную роль играет предъявление к себе чрезмерных требований):

2,9—2,2—3,1/2,7—3,3—2,5/2,9—1,7—1,6/1—8,2/8,5/6,2/1—23,9;

во втором клиническом варианте (где главную роль играет приписывание себе воображаемых изъянов):

2,7—1,7—1,5/2—2,8—1,8/1,7—2—1/0,3—5,9/6,6/4,7/0,3—17,5;

в третьем клиническом варианте (неадекватная личностная реакция на физиологические колебания сексуальных проявлений):

2,9—2,1—2,4/2,5—2,6—2,7/2,6—2,3—2,1/1,8—7,4/7,8/7/1,8—24;

в четвертом клиническом варианте (неправильное поведение партнеров или сексуальные дефекты женщины):

3,2—2—2,6/2,4—2,8—2,8/1,9—2,6—1,8/1,2—7,8/8/6,3/1,2—23,3.

Таким образом, наиболее часто и наиболее глубоко при псевдоимпотенции поражались следующие показатели:

IX — во всех 4 группах и во всех случаях — в наиболее выраженной степени.

II — во всех 4 группах: 1 раз — в наиболее выраженной степени, 3 раза — в легкой степени.

VIII — в двух группах, оба раза — в средней степени.

III — в двух группах: 1 раз — в средней степени и 1 раз — в легкой степени.

VII — в двух группах: 1 раз — в средней степени и 1 раз — в легкой степени.

Очень характерно, что ни в одном случае выраженное снижение не затронуло показатели IV, V и VI, отражающие параметры фактической реализации полового акта, так же как и выраженность **либидо** (I).

Таким образом, исходя из частоты и глубины поражения IX, II, VIII, III и VII показателей СФМ, можно сделать вывод, что при мнимой импотенции прежде всего страдает **субъективная оценка успешности половой жизни** (IX), это поражение вторично сказывается как на **настроении перед сношением** (II), так и на **настроении после сношения** (VIII), а эти нарушения в свою очередь приводят у некоторых пациентов к снижению половой активности (III), а следовательно, и **частоты половых отправлений** (VII).

При этом следует обратить внимание на следующую чрезвычайно характерную черту динамики псевдоимпотенции: начиная в ряду чисто субъективном (IX, II и VIII показатели СФМ), расстройство развивается через снижение половой активности (III показатель СФМ) к снижению частоты половых отправлений (VII показатель, отражающий явление уже не субъективного, а объективного круга).

Общая формула псевдоимпотенции, выведенная как средняя величина из 4 групповых формул, очень наглядно демонстрирует, что при ней больше всего страдают заключительная (главным образом) и начальная триады копулятивного цикла при наименьшей затронутости центральной его части (см. суммарные показатели триад):

$$2{,}9-\underline{\underline{2}}-2{,}4/2{,}4-2{,}9-2{,}5/2{,}3-\underline{2{,}2}-\underline{\underline{\underline{1{,}6}}}/1{,}1-\underline{7{,}3}/7{,}8/\underline{\underline{6{,}1}}/1{,}1-22{,}3.$$

В противоположность этому при вычислении средних (М) по 67 наблюдениям дебютантных форм импотенции [67] была получена следующая формула СФМ:

$$2{,}5-1-1{,}2/\underline{\underline{\underline{0}}}-\underline{0{,}8}-\underline{\underline{\underline{0{,}1}}}/1{,}6-0{,}9-\underline{\underline{0{,}6}}/0-4{,}7/\underline{\underline{0{,}9}}/\underline{3{,}1}/0-8{,}7.$$

Таким образом, при этой форме наиболее низкими оказались иные структурные показатели СФМ:

IV, характеризующий результативность попыток проведения коитуса.

VI, характеризующий наступление эякуляции.

IX, характеризующий оценку успешности половой жизни.

V, характеризующий состояние адекватных эрекций.

При анализе суммарных показателей триад четко выступает наиболее глубокое поражение второй триады копулятивного цикла, характеризующей фактические параметры реализации полового акта: ее значение (0,9) оказалось в разительном контрасте с суммарными значениями двух других триад (4,7 и 3,1).

Однако, хотя первые приложения СФМ в нашей модификации для структурного анализа двух форм сексуальных расстройств продемонстрировали возможность более глубокого и аргументированного анализа их патогенетических механизмов, не следует делать вывод, что каждая клиническая форма автоматически получит свой эквивалент СФМ. Отнюдь не преуменьшая перспектив применения СФМ в плане структурного моделирования, не следует, однако, рассчитывать на чисто механическую разработку серии стандартных формул, призванных в конечном счете вытеснить врача с его клиническим опытом и интуицией. В системе «врач — диагностические машинные устройства» последнее, решающее слово всегда остается за врачом. Другими словами, любая машина, сколь бы ни отрабатывались ее механизмы эвристического программирования и системы непосредственного отбора информации, сама по себе при разумной организации дела никогда не сможет заменить врача. Структурное моделирование посредством квантификационной шкалы СФМ, представляющее лишь самый первый шаг в направлении использования некоторых достижений кибернетики в диагностике и патогенетическом анализе сексуальных расстройств, требует самого серьезного, монографического изучения, и на данном этапе будет дана лишь предварительная характеристика тех основных синдромов, которые выявляются при сравнительном анализе различных клинических групп.

Этот путь выделения ограниченного круга основных формул-синдромов противопоставляется пути механической выработки трафаретов, точно соответствующих числу самых мелких подразделений классификационных таблиц, не потому, что этот последний путь невозможен, и не потому, что он обременителен. Существо вопроса как раз в том и заключается, что именно этот последний путь и вполне возможен, и даже в определенном смысле менее обременителен. В самом деле, произвести вычисления соответствующих цифровых рядов (формул) последовательно по всему имеющемуся клиническому материалу, а затем расположить эти формулы в виде таблицы — работа хотя и трудоемкая, но элементарно простая. И если мы отказались от

подобного пути и предпочли некоторые разделы вообще не трогать, а другие пересчитывать по несколько раз в различных группировках, то это на первых этапах определялось сомнением — насколько типовыми окажутся все эти формулы, получаемые при механическом просчете всего материала, а на заключительных этапах — убедительными доказательствами того, что подобный путь ведет не к обогащению, а к обеднению возможностей диагностического анализа.

Так, при вычислении обобщенной формулы по всей группе инволюционных форм импотенции были получены дополнительные цифровые подтверждения некоторых основных положений, которые были известны и прежде. И лишь позже, после выведения типовых формул для основных группировок и повторных вычислений по инволюционным формам, но с разбивкой их на подгруппы по параметрам, определившимся при изучении основных типов СФМ, в данной группе выявились некоторые детали, имеющие для клинициста существенное значение.

Прежде всего из таких основных типов СФМ четко выделяется **паралитический тип,** наблюдающийся при *поражениях эрекционной составляющей.* В случаях спинальной локализации получен следующий цифровой ряд:

1,0—0—0/0—0—отсут./0,5—отсут.—отсут./0,5—1,0/0/0,5/0,5—2,0;

и в паралитическом варианте экстраспинальной локализации (после травмы):

3,0—2,0—3,0/2,0—0—0,5/1,0—1,0—3,0/1,0—8/2,5/5,0/1,0—16,5.

В качестве основных патологических проявлений здесь четко выступают показатель V — отсутствие эрекций (поражаются без диссоциации как адекватные, так и спонтанные эрекции) и показатель VI — наступление эякуляций (эти последние у одного больного не наступают ни при каких условиях, у другого получаются только при мастурбации, совершаемой при полном отсутствии эрекции, и у одного больного получаются при вестибулярном коитусе, совершаемом также при полном отсутствии эрекций). Снижение других пунктов шкалы является производным, определяемым первичным снижением двух названных элементов.

Заболевания и повреждения самого полового члена, протекающие более благоприятно и демонстрирующие иное распределение пораженных элементов второго и третьего порядка, все же сохраняют наибольшую глубину поражения на показателе V шкалы:

3,2—1,5—2,0/1,7—1,3—2,5/1,8—1,7—1,5/0,3—6,7/5,5/5,0/0,3—17,2.

Подчеркивая неправомерность механического расчета средних показателей СФМ по каждой из клинических групп, следу-

ет отметить, что в рамках тех же расстройств эрекционной составляющей наблюдается ирритативный вариант (клинически характеризующийся приапическими проявлениями экстраспинального генеза); при этом варианте целый ряд показателей при сопоставлении с основным, паралитическим вариантом поражения эрекционной составляющей имеет зеркальный характер: 2,6—2,0—2,5/2,0—3,0—2,0/2,2—2,0—1,4/0,8—7,1/7,0/5,6/ /0,8—20,5. В демонстрируемом цифровом ряду основное клиническое проявление характеризуется не минимальным, а максимальным показателем. Обобщенная формула расстройств эрекционной составляющей, получаемая при обработке всех наблюдений данной группы, за исключением ирритативного варианта, сохраняет такие основные черты паралитического типа, как акцент на V, VI и VII частных и 2-м и 3-м суммарных показателях: 2,4—1,2—1,7/1,2—0,4—1,0/1,1—1,3—2,2/0,6—5,3/2,6/4,6/ /0,6—13,1.

Четко выделяющимся основным типом СФМ является тип с ускоренной эякуляцией (**экзальтационный**). Он характерен в первую очередь для всей группы расстройств эякуляторной составляющей (как параллитический для большинства вариантов расстройств эрекционной составляющей). Указанные отношения показаны в табл. 17, из которой видно, что чаще всего минимальные значения показателя VI встречаются именно в этой клинической группе, хотя ею и не ограничиваются. Два исключения из этого правила, являющегося кардинальным критерием для отнесения к рассматриваемому типу, заслуживают особого разбора. Это прежде всего относительное ускорение эякуляций (подгруппа IV, 1, б), при котором значение показателя VI даже не вошло в число трех наиболее сниженных показателей; однако оно лишь подчеркивает правило, так как и по существу расстройства, и по характеристике всего числового ряда СФМ в большей мере тяготеет к группе псевдоимпотенции, что и маркировано заголовком подгруппы IV, 1, поскольку эта клиническая разновидность вместе с абстинентным ускорением эякуляций занимает пограничное положение между псевдоимпотенцией и расстройствами эякуляторной составляющей.

Второе исключение—вторичная патогенетическая дезинтеграция (подгруппа IV, 2, б), при которой показатель VI не является наименьшим, уступая первое место показателю IX. Отмеченное не очень существенное отклонение от группового трафарета в значительной мере перекрывается тем, что именно применение квантификационной шкалы СФМ как инструмента структурного моделирования помогает выявить некоторые черты клинического своеобразия этого синдрома. Своеобразие же это заключается в том, что феномен титуляризации [53] не является функцией одного единственного аргумента — времени, а развивается лишь в определенных условиях и на определен-

ной почве. Если бы вторичная патогенетическая дезинтеграция развивалась только как следствие давности заболевания, общий профиль СФМ формы IV, 2, а (табл. 17), являющейся облигатной начальной формой для развития формы IV, 2, б, был бы как по частным, так и по суммарным показателям выше. В действительности же демонстрируются явления, с этой точки зрения парадоксальные: при форме IV, 2, б, являющейся конечной по отношению к форме IV, 2, а, наблюдаются более высокие значения как по общему суммарному, так и по большинству парциальных показателей (8 из 9!). Объяснить это кажущееся противоречие можно только при допущении, что процессу титуляризации подвергается лишь определенная часть случаев первичного поражения уро-генитального аппарата, а именно те случаи, в которых центральная нервная система имеет исходные характеристики, благоприятствующие развитию дискоординаторных нейродинамозов [216, 257, 53], а также их фиксации. Другая, менее благоприятная часть развивается по деструктивному варианту с исходом в атонические формы или фиброзное перерождение.

Две только что рассмотренные группы сексуальных расстройств (расстройства эрекционной и эякуляторной составляющих) почти целиком перекрываются одним из соответствующих типов СФМ (**паралитическим или экзальтационным**). Точно так же и группа псевдоимпотенции перекрывается одним обобщенным типом СФМ, отражающим все основные черты, характерные для группы в целом. В противоположность этому в двух самых обширных клинических группах, объединяющих стержневые нарушения нейрогуморальной и психической составляющих, пытаться отразить все многообразие патогенетических констелляций единым трафаретом было бы по крайней мере наивным. Из всего этого не следует, однако, что в этих двух группах каждой частной форме и даже каждому клиническому варианту этих форм будет соответствовать строго специфический цифровой ряд. Как показали первые расчеты, значительная часть цифровых рядов выявляет общие признаки, позволяющие устанавливать не только внутригрупповые, но и межгрупповые соответствия. Так, например, оказалось, что формулы СФМ сближаются по структуре при гипостенической стадии неврастении, психопатиях астенического круга, длительной сублимации и «спокойном» варианте инволюционного снижения потенции. Точно так же **экзальтационный тип** с ускорением эякуляций, характерный для всей IV группы, встречается не только при гиперстенической стадии неврастении и неврозе ожидания неудачи (II группа), но и в одном из вариантов инволюционной импотенции (I группа, стержневые расстройства нейрогуморальной составляющей). Столь же четкую тенденцию к межгрупповому сближению проявляет и **ажитированно-невротический тип.** Поскольку на данном этапе и общие вопро-

сы теории структурного моделирования сексуальных расстройств с помощью квантификационной шкалы СФМ, и частные применения этой шкалы к решению отдельных прикладных вопросов (главным образом по патогенезу и диагностике отдельных клинических форм и вариантов) могут быть только намечены, в дальнейшем будут рассмотрены лишь некоторые наиболее бросающиеся в глаза внутри- и межгрупповые соответствия.

Так, для *диэнцефальной импотенции,* которая заслуживает тщательного исследования на обширном клиническом материале с подразделением на синдромы параинфекционного, посттравматического, интоксикационного и т. д. генеза, в данный момент придется ограничиться лишь беглым анализом обобщенной формулы. Среди более чем 20 частных клинических форм показатель III, характеризующий половую предприимчивость, лежит в пределах, ограниченных значениями показателей I и II, и отклоняется в сторону превышения только при одной форме (0,1 — псевдоимпотенция с предъявлением к себе чрезмерных требований), а в сторону преуменьшения — при двух, в том числе при диэнцефальной импотенции (помимо формы I, 1, б, которая будет рассмотрена несколько ниже). Причина этого отклонения выявляется при рассмотрении того же ряда СФМ: наименьшими показателями всей типовой формулы оказываются показатель IX и показатель VIII, характеризующие субъективное самочувствие тотчас после сношения и оценку самим обследуемым той меры радости, которую ему доставляет половая жизнь. И несмотря на то, что при диэнцефальной импотенции состояние эрекций характеризуется достаточно высоким показателем (2,17), а показатель IV (результативность) превышает показатель III (половая предприимчивость), диэнцефальные больные обычно идут на интимную близость весьма неохотно, так как знают (п. IX), что после полового акта у них наступит состояние физической подавленности, общей разбитости, вялости, адинамии (п. VIII).

При *инволюционных формах импотенции* обобщенная формула характеризуется самым низким значением диапазона колебаний между наименьшим и наибольшим показателями ряда (0,66) в сочетании с относительно низким общим суммарным показателем (15,63). Характерно, что из других клинических групп наиболее низкие значения диапазона колебаний обнаруживаются при гипостенической форме неврастении (0,69) и при псевдоимпотенции с неадекватной личностной реакцией на физиологические колебания сексуальных проявлений (величина диапазона 0,8). В последней группе значительную долю составляют лица пожилого возраста, к тому же здесь сужение диапазона колебаний наблюдается на фоне высокого общего суммарного показателя (самого высокого среди всех изученных клинических вариантов, равного 24,0).

Таблица 17

Типовые формулы СФМ при основных формах сексуальных расстройств

Форма расстройства	СФМ. Частные показатели										Суммарные показатели триад			Общий суммарный показатель
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	1	2	3	
0. Псевдоимпотенция (обобщенная формула по 1—4-й группам).	2,90	**2,00**	2,40	2,40	2,90	2,50	2,30	2,20	*1,60*	1,10	**7,30**	7,80	*6,10*	22,30
1. С предъявлением к себе чрезмерных требований	2,90	2,20	3,10	2,70	3,30	2,50	2,90	**1,70**	*1,60*	1,00	**8,20**	8,50	*6,20*	23,90
2. С возведением на себя воображаемых изъянов	2,70	1,70	**1,50**	2,00	2,80	1,80	1,70	2,00	*1,00*	0,30	**5,90**	6,60	*4,70*	17,50
3. С неадекватной личностной реакцией на физиологические колебания	2,90	*2,10*	2,40	2,50	2,60	2,70	2,60	2,30	*2,10*	1,80	**7,40**	7,80	*7,00*	24,00
4. С преобладанием неправильного поведения или сексологических дефектов женщины	3,20	2,00	2,60	2,40	2,80	2,80	**1,90**	2,60	*1,80*	1,20	**7,80**	8,00	*6,30*	23,30
I. Нейрогуморальные синдромы:														
1. Инволюционные формы (обобщенная формула)	1,67	1,77	1,73	1,59	1,76	1,82	**1,50**	1,65	*1,16*	0,98	**5,17**	**5,17**	*4,31*	15,63
а) Вариант спокойного угасания (44,1%)	*1,19*	1,58	1,57	1,50	1,79	2,31	**1,27**	1,76	1,36	1,01	*4,34*	5,60	**4,39**	15,34
б) Экзальтационный вариант с ускорением эякуляций (30,1%)	1,73	1,81	1,52	1,89	1,87	**0,94**	1,56	1,69	*0,91*	1,00	5,06	**4,70**	*4,16*	14,92
в) Ажитированно-невротический вариант (25,8%)	2,46	2,08	2,23	1,48	1,60	1,96	1,85	**1,46**	*1,06*	0,92	7,47	**5,04**	*4,37*	17,80
2. Обобщенная формула синдромов диэнцефальной импотенции	1,78	1,77	1,75	1,82	2,17	2,00	1,67	**1,42**	*1,39*	0,91	5,30	5,99	*4,48*	16,68
II. Синдромы расстройств психической составляющей:														
1. Дебютантные формы (с нулевым значением IV показателя СФМ)	2,50	1,00	1,20	*0*	0,80	**0,10**	1,60	0,90	0,60	0,00	4,70	*0,90*	**3,10**	8,70
2. При психопатиях астенического круга (без II, 1).	2,38	1,44	1,52	1,40	1,71	**1,23**	1,86	1,46	*1,00*	0,46	5,34	**4;34**	*4,32*	14,46

3. При угашении натуральных сексуальных раздражителей	2,80	1,60	2,50	**1,10**	1,33	1,55	2,15	*1,00*	1,44	0,35	6,90	*3,98*	**4,59**	15,82
4. При выработке условного тормоза на натуральные сексуальные раздражители	2,59	1,37	1,44	**0,28**	1,03	—	1,87	0,87	0,86	**0,28**	5,40	*1,31*	**3,60**	10,59
5. При неврозе ожидания:														
а) экзальтационный вариант (27,5%)	2,94	1,53	2,06	2,25	2,72	*1,28*	2,28	2,31	**1,37**	0,69	6,53	**6,25**	*5,96*	19,43
б) тормозный вариант (72,5%)	2,76	**1,26**	1,59	1,46	1,59	1,94	1,82	2,05	*1,19*	0,74	5,61	*4,99*	**5,06**	16,40
6. При неврастении:														
а) гиперстеническая стадия (38,4%)	3,00	2,15	2,35	2,30	2,45	*1,50*	2,25	2,15	**1,75**	0,80	7,50	**6,25**	*6,15*	20,70
б) гипостеническая стадия (61,6%)	2,22	1,91	2,00	**1,87**	1,94	2,06	2,06	**1,87**	*1,53*	0,81	6,13	**5,87**	*5,46*	18,27
III. Расстройства эрекционной составляющей (обобщенная формула при исключении ирритативного варианта)	2,4	1,2	1,7	1,2	*0,4*	**1,0**	1,1	1,7	2,2	0,6	5,3	*2,6*	**4,6**	13,1
1. Спинальная локализация	1,0	*0*	*0*	*0*	*0*	—	**0,5**	—	—	**0,5**	1	*0*	**0,5**	2,0
2. Экстраспинальная локализация:														
а) паралитический вариант	3,0	2,0	3,0	2,0	*0*	**0,5**	1,0	1,0	3,0	1,0	8,0	*2,5*	**5,0**	16,5
б) ирритативный вариант	2,6	2,0	2,5	2,0	3,0	2,0	2,2	2,0	*1,4*	0,8	7,1	7,0	*5,6*	20,5
3. Заболевания и повреждения полового члена	3,2	**1,5**	2,0	1,7	*1,3*	2,5	1,8	1,7	**1,5**	0,3	6,7	**5,5**	*5,0*	17,2
IV. Расстройства эякуляторной составляющей														
1. Мнимые варианты (обобщенная формула)	2,98	1,97	2,33	2,18	2,77	*1,55*	2,45	1,80	**1,57**	0,77	7,28	**6,50**	*5,82*	20,37
а) абстинентное ускорение эякуляций	2,83	1,87	2,24	2,09	2,72	*1,35*	2,39	1,78	**1,56**	0,78	6,94	**6,16**	*5,73*	19,61
б) относительное ускорение эякуляций при несоблюдении «техники»	3,07	2,00	2,64	2,50	2,92	2,21	2,64	**1,85**	*1,57*	0,71	7,67	**7,63**	*6,06*	22,07
2. Специфические расстройства эякуляций (обобщенная формула)	3,02	2,00	2,37	2,25	2,54	*1,09*	2,37	1,69	**1,21**	0,59	7,39	**5,88**	*5,27*	19,13
а) расстройства эякуляций при урологической патологии	2,88	1,90	2,16	2,09	2,33	*1,11*	2,13	1,59	**1,21**	0,84	6,94	**5,53**	*4,93*	18,24
б) вторичная патогенетическая дезинтеграция	3,06	2,08	2,60	**2,60**	2,80	**1,12**	2,54	1,86	*1,10*	0,62	7,74	**6,52**	*5,50*	20,38
в) первичная патогенетическая дезинтеграция (синдром парацентральных долек)	3,18	2,09	2,49	2,24	2,65	*1,03*	2,57	1,70	**1,30**	0,23	7,76	**5,92**	*5,57*	19,48

Наименьшие показатели (частные и два суммарных показателя триад) маркируются в следующем порядке: самый низкий — курсив, следующий по величине (в сторону возрастания) — полужирный.

По клиническим вариантам все инволюционные формы четко разделяются на три подгруппы: а) вариант спокойного угасания (44,1%), б) экзальтационный вариант с ускорением эякуляций (30,1%) и ажитированно-невротический вариант (25,8%). Первый вариант по структуре квантификационного ряда характеризуется самым низким значением показателя I (уровень либидо) и суженным диапазоном колебаний между наибольшим и наименьшим показателями ряда в сочетании с относительно низким суммарным показателем (табл. 17). Второй и третий варианты характеризуются уже рассматривавшимися экзальтационным и невротическим типами.

При экзальтационном варианте инволюционной формы, характерной чертой которого является ускорение эякуляций, СФМ выделяет снижение *половой активности* (показатель III) как одно из самых существенных патогенетических звеньев, определяющих развитие именно по этому варианту. Правомочность подобного толкования подтверждается как относительно высоким значением показателя I (заметно выше среднего значения обобщенной формулы для всех инволюционных вариантов и намного выше «спокойного» варианта), так и в особенности самым высоким значением показателя V (состояние эрекций) среди всех вариантов этой подгруппы. В клинике именно при этом варианте чаще всего отсутствует благорасположенный партнер, и это опять же находит четкое отражение в формуле СФМ: не только самое низкое значение всего рассматриваемого ряда по горизонтали падает на показатель IX, но, и при просмотре всей таблицы по вертикали одно из трех самых низких значений того же показателя IX (наряду с дебютантной импотенцией и импотенцией при выработке условного тормоза) падает опять же на экзальтационный вариант инволюционной формы; при этом величина показателя спускается до значений, маркирующих в вопроснике патогенную роль женщины («женщина не хочет иметь со мной близость» и «женщина высказывает упреки»). Положение это подтверждается и самыми высокими значениями во всем ряду инволюционных вариантов суммарного показателя первой триады и общего суммарного показателя.

«Спокойный» и «беспокойный» варианты возрастного снижения половой активности находят отражение в ряде работ последнего времени [41, 42, 450 и др.]. Так, Б. А. Вартапетов пишет: «...когда с возрастом, на последнем этапе течения климакса, наступает „своеобразный гормональный штиль" (Н. В. Свечникова), то за гормональным климактерическим „штилем" может наступить сексуальная эмоциональная „буря", при которой „психогенная настройка не консонирует с гормональными „возможностями"» [41].

Б. А. Вартапетов и А. Н. Демченко, подчеркивая «полигенез» расстройств половой деятельности при патологическом климак-

се, вскрывают роль и конкретные варианты механизмов, демонстрирующих участие нейрогуморальной и психической составляющих в структуре сексуальных нарушений инволюционного периода:

«...в здоровом организме с возрастом происходит координированная перестройка различных уровней регуляции половой деятельности, ведущая к равномерному „свертыванию" нервных и гуморальных влияний на половую функцию, тогда как при патологическом климаксе это „свертывание" идет неравномерно, что вызывает „разлаживание" стройности регуляторных механизмов... Разнообразность нарушений, по-видимому, обусловлена тем, что „помехи" в саморегулирующей системе, обеспечивающей половую деятельность, могут идти по линии программ (кора головного мозга), регулирования (гипоталамус), усиления (гипофиз) и исполнения (половые железы и периферические эффекты их гормонов), а также прямой и обратной связи (нервные и гуморальные пути регуляции)» [42].

Из обширной группы расстройств психической составляющей в табл. 17 включены лишь некоторые клинические формы. Так, расстройства потенции, в основе которых лежат угашение натуральных половых раздражителей или выработка в отношении их условного тормоза (формы II, 3 и II, 4), возникают при искусственных препятствиях, обычно со стороны женщины (вагинизм, ультрапуританские личностные установки или, наоборот, требование действий, выходящих за пределы диапазона приемлемости мужчины и т. д.). Угашение проявляется в случаях, когда подобные препятствия, принимающие длительный и систематический характер, затрудняют наступление эякуляций в коитусе (неблагоприятно сказываются как крайнее урежение моментов интимной близости, так и всякого рода воздействия, препятствующие пробуждению специфического полового возбуждения либо способствующие притуплению оргазма). Выработка условного торможения на естественные сексуальные раздражители происходит в тех случаях, когда наступление эякуляций и оргазма в коитусе полностью исключается, однако обязательным условием для диагностики этого патофизиологического механизма является причинение непреодолимых препятствий и недопущение оргазма на фоне уже возникшего специфического возбуждения — при отсутствии этого условия обычно реализуется механизм угашения.

Что касается *невроза ожидания неудачи*, то оба варианта при всех чертах различия сближает одно общее проявление: как в более частом тормозном (72,5%), так и в более редком экзальтационном варианте (27,5%) уровень показателя II (настроение перед сношением) лежит ниже уровня показателя VIII (настроение после сношения). Действительно, даже по смыслу определения этой клинической формы, когда показатель VIII ниже показателя II, это еще не невроз ожидания, а естествен-

ная реакция на неудачу (как истинную, так и мнимую, т. е. на представление о неудаче, — отсюда понятен и тот факт, что такое же соотношение показателей II и VIII встречается в целом ряде вариантов мнимой импотенции).

Кстати, работая с индивидуальными рядами СФМ тех больных, в диагностике которых у врачей-стажеров возникали затруднения, следует ли отнести конкретный случай расстройства к псевдоимпотенции или к начальной стадии расстройства психической составляющей, мы обратили внимание на следующий прием, облегчающий дифференциальную диагностику: при псевдоимпотенции суммарный показатель первой триады во всех случаях выше суммарного показателя третьей триады (см. табл. 17), по мере же постепенного утяжеления сначала происходит выравнивание суммарных показателей первой и третьей триад, а затем вторая триада в своем снижении «обходит» первую.

Сама же степень сближения показателей II, VIII и IX нуждается в пристальном анализе в каждом клиническом наблюдении, так как может служить показателем участия аутохтонных невротических механизмов. В том же плане следует отмечать, в каких случаях показатель IV (результативность) максимально приближается к показателю III (уровень половой активности), а в каких — максимально отходит.

При анализе цифровых рядов СФМ большинства клинических форм бросается в глаза частое и глубокое снижение показателя IX, что характеризует крайнюю ранимость мужской психики в связи с наличием любой сексуальной недостаточности. Нельзя, однако, не задуматься при этом над вопросом, насколько эта ранимость естественна (или, другими словами — какова здесь доля наносного, создаваемого следованием «невыверенным эталонам», вплоть до пьяной похвальбы в мужских компаниях)? Определенную ориентировку в этом дает сопоставление показателей VIII и IX. Тот факт, что показатель VIII, характеризующий настроение после полового акта, т. е. непосредственную эмоциональную реакцию обследуемого, в подавляющем большинстве случаев оказывается выше, чем показатель IX, характеризующий о ц е н к у, т. е. результат интеллектуально-рассудочных операций по сличению параметров фактической реализации с каким-то эталоном, сложившимся в сознании субъекта, с несомненностью свидетельствует о том, что эти эталоны у обследованных были большей частью значительно завышены.

Тот факт, что показатель X, характеризующий д а в н о с т ь заболевания, при первичной патогенетической форме ускорения эякуляций, оказывается ниже, чем при психопатиях (соответственно 0,23 и 0,46), хотя обе формы являются врожденными, может быть истолкован только в том смысле, что характеропатические отклонения компенсируются лучше и в течение бо-

лее длительного времени противостоят декомпенсирующим возмущениям среды, чем те нейродинамические расстройства, которые разыгрываются в структурах, более тесно спаянных с половой сферой.

В заключение следует сказать, что хотя введение квантификационной шкалы СФМ в клинический обиход безусловно осложняет, в особенности на начальных этапах, благодатную безмятежность привычного хода жизни, перспективы, которые открываются этим методом, не могут быть переоценены ни в академическом, ни в чисто диагностическом планах.

Сексологический анамнез

К моменту постановки традиционного вопроса о жалобах, приведших больного на прием, врач уже располагает данными СФМ. Эта деталь составляет необходимость, обусловленную той специфической особенностью сексологии, что именно в сексологической практике процент обращающихся за помощью при отсутствии патологических отклонений достигает цифр, не имеющих прецедента ни в какой другой клинической специальности. Сверяя жалобы больного с соответствующими показателями СФМ, сексопатолог, заполняя первый же параграф карты, взвешивает каждое слово пациента, определяя истинный удельный вес нарушающих его спокойствие проявлений.

С самого начала следует уяснить чрезвычайную важность следующей формулировки: *когда и при каких обстоятельствах впервые возникла мысль о наличии полового расстройства.* Обстоятельства эти оказываются настолько важными для понимания генеза и структуры сексуальных расстройств у подавляющего большинства мужчин, что словесные трафареты типа «Больной жалуется на ослабление эрекций и ускорение эякуляций, считает себя больным в течение 3 лет, начало заболевания постепенное...» в сексологическом обследовании недопустимы. В установлении обстоятельств начальной фиксации внимания на мысли о половом расстройстве сексопатологу приходится проявлять терпение и находчивость, задавая подчас множество наводящих вопросов, пока, наконец, не выявится вся совокупность обстоятельств, приведшая пациента к убеждению о сексуальном неблагополучии. Необходимо учитывать массу подробностей, начиная с места и условий, в которых предпринималась интимная близость, состояния самого обследуемого (например, наличие и степень алкогольного опьянения, переполненный мочевой пузырь и т. д.) и кончая сведениями, характеризующими женщину и ее поведение (степень чистоплотности, состояние туалета, очень длительное сопротивление в подготовительной стадии или, наоборот, слишком быстрая готовность отдаться).

Установление возрастных рамок пробуждения платонического и сексуального компонентов полового влечения обычно не вызывает затруднений. При этом, как уже отмечалось, характеристика либидо отнюдь не исчерпывается параграфом 2 карты обследования. Так, интенсивность либидо в период обследования и на некоторых предыдущих этапах находит отражение в СФМ (пп. I, III, VII) и ряде пунктов самой карты (возраст и обстоятельства *первой* эякуляции; выраженность сексуальных *фрустраций;* наличие, интенсивность и тип *мастурбации;* характеристика уровней *половой активности;* различные аспекты *абстиненции;* наличие и возрастные параметры *эксцессов; последний коитус; ночные поллюции),* а пункты, «определяющие мотивы коитуса» и «отклонения и перверзные тенденции» (в § 7), предусматривают характеристику индивидуальных проявлений либидинозной направленности.

Оценивая выраженность либидо и оргазма, следует учитывать и все другие, промежуточные формы сенситивных проявлений сексуальности, образующие непрерывный ряд, возрастающий в своей интенсивности: на стыке состояния предварительной нейрогуморальной готовности и психической стадии располагается *либидо* как таковое (до начала психической стадии — своим чисто энергетическим компонентом, еще не осознанным и не несущим специфической сексуальной окраски), на заключительном отрезке психической стадии либидо переходит в *Vorlust,* занимающую всю эрекционную стадию вплоть до интроитуса и начала копулятивных фрикций, сопровождающихся неуклонно возрастающим *Lustgefühl*, которое с началом эякуляторной стадии разрешается *оргазмом.* В ряде случаев именно дифференцированные характеристики всей совокупности сенситивных проявлений помогают в ходе сексологического обследования пожилых пациентов отграничить истинное (соматически обусловленное) либидо от его кортикального (матричного, теневого) клише.

В дополнение к определению **ночных поллюций,** подробная характеристика которых предусмотрена в § 9 карты, в группе «Первая эякуляция» (§ 3) фигурируют **дневные поллюции.** Эти последние представляют непроизвольные семяизвержения, наступающие в состоянии бодрствования, и подразделяются на адекватные и неадекватные. *Адекватные дневные поллюции* наступают при воздействии естественных сексуально-эротических возбуждений, чаще всего при объятиях и поцелуях. Наступление эякуляций в парикмахерской под влиянием возбуждения, вызываемого женщиной-парикмахером (суммация тактильных, зрительных, обонятельных раздражений), так же как наступление эякуляций в результате возбуждений, вызываемых чисто зрительными впечатлениями при виде полуобнаженных женщин на пляже, также относятся к рассматриваемой категории. Адекватные дневные поллюции не следует смешивать с

ejaculatio ante portas: последние происходят в условиях проведения полового акта, в то время как адекватные дневные поллюции представляют эякуляции, наступающие хотя и под действием адекватных раздражителей, но в неадекватной обстановке.

Неадекватные дневные поллюции наступают под влиянием несексуальных агентов, например, эмоций, будь то положительных (неудержимый смех во время исполнения на концерте комического номера) или отрицательных (страх вследствие невыполнения в срок зачетного задания по скоростной стрельбе, невозможности решения математической задачи к концу урока и т. д.). У некоторых молодых людей эякуляции происходили на занятиях по физической культуре, когда они взбирались по шесту или веревке, а у одного для вызывания эякуляции достаточно было выйти на балкон и посмотреть вниз. Довольно часто эякуляции наступают при транспортных вибрациях (нередко лишь в том случае, когда больной является пассажиром, если же он сам ведет машину, эякуляции не происходит).

При протоколировании данных о дневных поллюциях фиксируются возраст, частота, характеристика провоцирующих раздражителей и наличие при этом эрекции.

Петтинг. Во всей сексологии трудно найти другой термин, с употреблением которого было бы связано столько неопределенности и путаницы. Различные авторы вкладывают в понятие «петтинг» следующее содержание:

1. Раздражение основных и второстепенных эрогенных зон, предшествующее коитусу, от поцелуев в губы до мануальных манипуляций на гениталиях партнера.

2. Взаимные сексуальные ласки при свиданиях, протекающих в присутствии посторонних (в парках, подъездах, поездах метрополитена). При этом ласки производятся в диапазоне от более или менее замаскированного соприкосновения ладоней до форсированного взаимного прижимания гениталий, но провоцируемые этими ласками физиологические проявления не выходят за рамки прилива крови к половым органам.

3. Проводимые в уединении форсированные воздействия на основные эрогенные зоны, как правило, заканчивающиеся оргазмом по крайней мере у одного из партнеров.

С тем чтобы обеспечить четкое и дифференцированное применение терминов к определенному кругу явлений, мы предложили [50] понимать под петтингом преднамеренное вызывание оргазма искусственным возбуждением эрогенных зон в условиях двустороннего сексуального контакта, исключающего непосредственное соприкосновение гениталий. В отличие от петтинга явления, описанные выше в п. 1, войдут в понятие *предварительных ласк*, а явления, охарактеризованные в п. 2,— в понятие *сексуальных фрустраций*.

Протоколируя данные о петтинге, можно наряду с подразделением его на поверхностный и глубокий различать петтинг гетеро- и гомосексуальный, а также одно- и двусторонний, в зависимости от того, достигается ли оргазм у одного или у обоих партнеров; при этом в случае одностороннего петтинга лишь один из участников практикует активный, а другой — пассивный петтинг. Входящий в определение понятия элемент преднамеренности позволяет отдифференцировать петтинг от адекватной дневной поллюции, а исключение непосредственного соприкосновения гениталий определяет грань между петтингом и *прерванным сношением* (coitus interruptus), а также *вестибулярным коитусом*.

Сексуальные **фрустрации** (от лат. irritationes frustranae) — сопровождаемые эротическим возбуждением эрекции, за которыми не следует эякуляции, чаще всего вызываются непосредственными ласками (объятия, поцелуи и т. д.), реже возникают при виде различных форм половой активности, проявляемой другими лицами или животными, при восприятии звуков, свидетельствующих о половой активности, при восприятии некоторых произведений искусства и, наконец, под влиянием игры воображения, когда в фантазии субъекта вызываются картины и переживаются сцены сексуального характера. Если возникающее при этом сексуальное возбуждение ограничивается возникновением эрекций, говорят просто о фрустрации. Переживание в фантазии сексуальных сцен без эрекций квалифицируется как *сексуальные руминации* (лат. буквально — жвачка). Если же под влиянием воображения наступает оргазм без каких бы то ни было местных манипуляций на половых органах, говорят о *психическом онанизме*. И, наконец, непроизвольные эрекции, не сопровождаемые эротическим возбуждением, квалифицируются как *спонтанные эрекции* (п. 8 карты сексологического обследования). Фиксируя данные об этих явлениях в медицинских документах, необходимо указывать, носили ли отмечаемые явления единичный, эпизодический характер или практиковались систематически (в последнем случае протоколируется их частота и общая длительность периодов).

Семиологическое значение различных форм первой эякуляции

В. М. Тарновский [241] еще в 1886 г. выделил ночные поллюции в качестве основного нейросоматического проявления, характеризующего начальный этап полового созревания. К сожалению, ясное и четкое определение одного из классиков отечественной сексологии прошло малозамеченным, семиологическое значение возраста первой эякуляции не было должным образом оценено, и этот признак не получил того применения в сексологической диагностике, которого он заслуживает. Лишь

в самое последнее время возраст первой эякуляции начинают использовать в качестве одного из критериев, который в разных контекстах может характеризовать ход пубертатного развития, состояние нейрогуморальной составляющей или половую конституцию мужчины [50, 54, 63]. В зарубежной литературе по сексологии к пониманию семиологического значения возраста первой эякуляции в наибольшей степени приблизилась Агнета Бреструп [319], которая, аналогизируя значение первой поллюции для юноши со значением первой менструации для девушки, даже предложила в параллель с термином *менархе* ввести термин *ойгархе* для обозначения первой поллюции. Совершенно очевидно, что для юноши появление первой эякуляции является столь же очевидным и неоспоримым проявлением радикальных возрастных перестроек в половой сфере вчерашнего мальчика, как появление менструаций — свидетельством полового созревания девочки. Нельзя, однако, приняв предлагаемый Бреструп термин «ойгархе», ограничить его только ночными поллюциями, поскольку последние представляют лишь один из возможных вариантов первой эякуляции. Так, по Кинзи [415], ночные поллюции составляют лишь 22,2% всех первых эякуляций (мастурбация — 66,2%, коитус — 6,2%), а по И. А. Попову [188] — 14,6% (коитус — 73,3%, мастурбация — 12,1%). Совершенно очевидно, что предложение Бреструп в гораздо большей мере соответствовало бы назревшей необходимости как-то обозначить важный сексологический феномен, если его относить к обозначению первого семяизвержения, безотносительно к тому, при каких обстоятельствах оно наступает.

Вместе с тем в ряду различных форм первой эякуляции поллюции занимают особое место. Прежде всего, как показывают данные клинического архива отделения сексопатологии Института психиатрии Министерства здравоохранения РСФСР, резко отличающиеся от данных Кинзи с соавт. и И. А. Попова, ночные поллюции являются самым частым вариантом первой эякуляции как в группе условной нормы (см. табл. 7), так и при ряде сексопатологических синдромов (табл. 18).

Из различных форм первой эякуляции в качестве критерия полового созревания наиболее адекватными являются эякуляции, наступающие при поллюциях. В этом плане, если сравнивать первые эякуляции при поллюциях, мастурбации и половом акте, то именно поллюции в силу их наименьшей зависимости от факторов внешних, чисто ситуативных (вплоть до совращения), представляют самый надежный критерий тех внутренних возрастных сдвигов в половой сфере, которые составляют специфическое содержание пубертатного периода.

Вне рамок пубертатного периода ночные поллюции, как уже говорилось, приобретают значение викарного механизма.

Исследование различных форм первой эякуляции (см. табл. 18) показало относительно стабильную частоту поллюций

Таблица 18

Формы первой эякуляции при различных видах половых расстройств и в группе, представляющей условную норму

(указано количество обследованных, в скобках — проценты)

Клиническая характеристика группы	При каких обстоятельствах наступила первая эякуляция					Всего
	при поллюции		при мастурбации	при коитусе	эякуляций к моменту обследования никогда не было	
	ночной	дневной				
Условная норма	72 (49)	3 (2)	66 (45)	6 (4)	—	147 (100)
Псевдоимпотенция	63 (47)	3 (2,2)	53 (39,6)	15 (11,2)	—	134 (100)
Нейрогуморальные синдромы	132 (45,6)	11 (3,9)	79 (27,3)	63 (21,8)	4 (1,4)	289 (100)
Синдромы расстройств психической составляющей (общие данные)	154 (40,3)	10 (2,6)	191 (50)	26 (6,8)	1 (0,3)	382 (100)
формы с преобладанием эндогенных факторов	52 (36,1)	4 (2,8)	83 (57,6)	4 (2,8)	1 (0,7)	144 (100)
формы с преобладанием экзогенных факторов	102 (42,8)	6 (2,5)	108 (45,4)	22 (9,3)	—	238 (100)
Поражения эрекционной составляющей	6	—	3	1	—	10
Специфические синдромы расстройств эякуляторной составляющей	94 (42,7)	12 (5,5)	101 (45,9)	13 (5,9)	—	220 (100)
При всех клинических синдромах (суммарные данные, не включающие контрольную группу)	449 (43,3)	36 (3,5)	427 (41,3)	118 (11,4)	5 (0,5)	1035 (100)

(дневных и ночных) как первоначальной разновидности эякуляции при большинстве сексологических синдромов: *псевдоимпотенции* — 49,2%; стержневых *поражениях нейрогуморальной составляющей* — 49,5% (здесь отмечалось главным образом наступление поллюций в более позднем возрасте). По усредненным данным, вычисленным для различных клинических вариантов, *поражения психической составляющей* — 42,9%; *поражения эрекционной составляющей* — в 6 случаях из 10; специфические синдромы *расстройств эякуляторной составляющей* — 48,2%. Другие формы первой эякуляции изменялись в более широких пределах, выявив максимальные отклонения прежде всего при стержневых *поражениях нейрогуморальной состав-*

ляющей (здесь наступление первой эякуляции при контусе возрастает до 21,8% и у 1,4% больных зарегистрировано полное отсутствие каких бы то ни было эякуляций к моменту обследования).

Второй клинической разновидностью с максимальными отклонениями по рассматриваемому признаку явились *расстройства психической составляющей* с преобладанием эндогенных факторов (сюда вошли главным образом психопатии и эндогенные психозы). Здесь наблюдается противоположная тенденция — к повышению относительной частоты наступления первой эякуляции при мастурбаторном акте (57,6%), что приводит к снижению удельной частоты первой эякуляции при поллюциях (до 38,9%).

Представленные данные дают основание предполагать, что контингенты, обследованные Кинзи с сотр. и И. А. Поповым как «нормальные», отклоняются у Кинзи в сторону преморбидной психопатизации (что подтверждается, в частности, наличием гомосексуальных контактов и сексуальных контактов с животными), а у И. А. Попова — в сторону преморбидной отягощенности по нейрогуморальной составляющей.

Викарная роль *поллюций* четко демонстрируется данными табл. 17: во всех случаях, когда **результативность** (IV) снижена за уровень **потребности** (I), как это, например, имеет место в большинстве синдромов расстройств психической составляющей, показатель VII (**частота половых отправлений**) оказывается приближающимся к уровню показателя I даже при столь глубоких поражениях, как клинический вариант с выработкой *условного тормоза на натуральные сексуальные раздражители;* при этом самым частым источником получения оргазма наряду с мастурбацией являются ночные поллюции.

Различные клинические типы мастурбации, их патогенетическая характеристика, идентификационные критерии и семиологическое значение

При анализе возрастных кризов полового развития были вскрыты биосоциальные механизмы мастурбации и предпосылки для массовой ятрогении. Между тем нельзя проходить и мимо того факта, что чрезвычайная доступность мастурбации (the cheap pleasure of masturbation, по определению Шварца [492]) и ее неотягощенность никакими социальными обязательствами могут приводить к формированию стойких патологических состояний (набл. 10 и 13). Вот почему попытки уяснения семиологического и патогенетического значения мастурбации (при употреблении этого понятия в качестве единого термина, соответствующего какому-то однородному проявлению) без дифференцирования качественных типов

мастурбации на современном этапе развития сексологии являются анахронизмом и не могут объяснить сути целого ряда сексологических проявлений, т. е. уже нельзя говорить о *мастурбации*, а нужно говорить о *мастурбациях*.

Элементы качественной дифференцировки можно найти в работах многих авторов. Так, С. Я. Голосовкер [88], рассматривая мастурбацию в возрасте 15—16 лет и позже как «вид полового удовлетворения (самопомощь)», в то же время подчеркивает, что «ранний онанизм, когда организм недостаточно окреп, является нежелательным патологическим явлением». М. И. Маляревский [160] также предлагает разделять всех мастурбантов на две категории: «Те из них, которые занимаются онанизмом лишь временно и при перемене условий оставляют порок ... подлежат ведению научно подготовленного к своему делу педагога. Другая же группа, где онанизм, благодаря врожденному предрасположению, переходит уже в патологическую страсть и часто сопровождается еще и другими формами полового извращения, подлежит ведению врача». Это столь же разумное, сколь краткое разделение, во многом перекликающееся с делением С. Я. Голосовкера, до сих пор остается самым рациональным, поскольку, если обратиться к отдельным работам [354, 282, 338 и др.], в которых дается систематизированная номенклатура различных типов мастурбации, то ни одна из них не отвечает нуждам клинической практики, представляя не более чем список терминов, предложенных в разное время отдельными авторами для обозначения главным образом казуистических случаев необычной техники выполнения мастурбаторных актов. Примером подобной систематики могут служить названия разделов в одной из самых известных работ по мастурбации [338]:

1. Параллельная мастурбация (dual masturbation).
2. Взаимная » (mutual masturbation).
3. Групповая » (group masturbation).
4. Уретральная » (urethral masturbation).
5. Психическая » (psychic masturbation).
6. Мастурбация во время сна (nocturnal masturbation).
7. Анальная мастурбация (anal masturbation).
8. Оральная мастурбация (oral masturbation).

Последняя техническая разновидность, которой в тексте дается также синонимическое определение self-fellation, была еще в 1917 г. описана Л. Я. Якобзоном, обозначившим ее термином *аутоиррумация* [280].

Поскольку, однако, вся эта изощренная терминологическая пестрота отнюдь не способствовала уяснению сущности патологических проявлений онанизма, были выделены следующие клинические типы мастурбации [54]:

1. **Фрустрационная псевдомастурбация** — манипуляции на половых органах, эффект которых ограничивается появлением

эрекций и не приводит ни к эякуляции, ни к оргазму (сенситивные проявления не выходят за рамки Wollust).

2. **Ранняя допубертатная мастурбация.** Критериями ее служат раннее начало (не менее чем за год до пробуждения либидо, чаще всего в возрасте до 10 лет), а также наличие в большинстве случаев диссоциации между эякуляцией и оргазмом. Как правило, диссоциация (оргазм без эякуляции или эякуляция без оргазма) наблюдается лишь в начальном периоде и затем сменяется установлением обычного физиологического стереотипа.

3. **Мастурбация периода юношеской гиперсексуальности.** Для нее характерно начало после пробуждения либидо в возрасте не ранее 10 лет, обычно после первых поллюций (если поллюции не предшествовали первому мастурбаторному акту, вспомогательным критерием служит отсутствие диссоциации между эякуляцией и оргазмом).

4. **Заместительная (викарная) мастурбация.** Она отличается от предыдущей более поздним началом (обычно после 20 лет) и всегда после начала половой жизни.

5. **Персевераторно-обсессивная мастурбация.** Этот тип мастурбации характеризуется независимо от ее инициального типа чертами навязчивости. В то время как другие типы мастурбации по прошествии нескольких лет либо прекращаются, либо изменяют типовую принадлежность, в этой группе больные продолжают мастурбировать даже после вступления в брак. В наиболее тяжелых случаях мастурбация этого типа практикуется при отсутствии либидо, эрекций и оргазма. Так, один из больных, страдающий шизофренией, жаловался: «Желания никакого нет, оргазм сперва притупился, а затем и совсем исчез... радости от этого не испытываю никакой; зачем мне все это — не знаю, а остановиться не могу».

6. **Подражательная мастурбация.** Отличительным признаком ее является то, что мастурбаторные акты никогда не совершаются наедине, по собственной инициативе. Вот типичный рассказ одного из больных: «Когда я учился в пятом классе, на большой перемене ребята собирались в уборной, выстраивались в ряд и начинали онанировать «на высадку». Кто вылетал последним, тот считался победителем. Я всегда был бессменный чемпион, потому что у меня семяизвержение или совсем не происходило, или происходило позже всех. Что при этом испытывал? Так, легкое щекотание...» Вне школы он никогда не мастурбировал.

По интенсивности все виды мастурбации можно разделить на:

а) умеренную (не чаще 2—3 раз в неделю);

б) условно-эксцессивную (с периодами ежедневной, но однократной мастурбации);

в) безусловно эксцессивную (несколько онанистических актов в сутки).

Как показывает табл. 19, при всех видах половых расстройств самым частым типом является **мастурбация периода юношеской гиперсексуальности:** встречаясь у обследованного клинического контингента мастурбировавших (705 из 1035 человек) в 72,9%, этот тип мастурбации представлен наименьшими цифрами при расстройствах нейрогуморальной составляющей (64,3%) и самыми высокими цифрами при псевдоимпотенции (78,2%).

Таблица 19

Основные типы мастурбации при различных формах половых расстройств

(в процентах)

Тип мастурбации / Форма полового расстройства	1. Фрустрационная псевдомастурбация	2. Ранняя допубертатная	3. Периода юношеской гиперсексуальности	4. Заместительная	5. Персеверато-обсессивная	6. Подражательная	7. Особые случаи
Псевдоимпотенция	3,3	8,7	78,2	7,6	—	2,2	—
Синдромы расстройств нейрогуморальной составляющей	11,5	9,5	64,3	10,2	—	3,2	1,3
Синдромы расстройств психической составляющей	6,9	9,3	73,0	3,8	5,2	0,4	1,4
Специфические синдромы эякуляторных расстройств	0,6	15,6	77,6	3,8	—	1,2	1,2
При всех синдромах	6,1	10,6	72,9	5,8	2,1	1,4	1,1

Вторым по частоте типом мастурбации является **ранняя допубертатная мастурбация,** отмеченная по обобщенным данным всех клинических групп в 10,6%. В рамках половых расстройств этот тип мастурбации реже всего встречается при псевдоимпотенции (8,7%) и чаще всего — при расстройствах эякуляторной составляющей (15,6%). Последний факт может свидетельствовать о патогенном влиянии ранней мастурбации на состояние простаты. В отличие от этого частота мастурбации периода юношеской гиперсексуальности оказывается самой высокой именно при псевдоимпотенции, представляющей собой самую благоприятную клиническую форму, наиболее приближающуюся к норме.

Третьим по частоте типом является **фрустрационная псевдомастурбация,** на долю которой по обобщенным данным приходится 6,1%. Из различных видов половых расстройств эта разновидность чаще всего встречается при поражениях нейрогумо-

ральной составляющей (11,5%). Факт этот весьма показателен и полностью согласуется с современными представлениями о механизмах нейрогуморальных расстройств, свидетельствуя о том, что у значительной части больных этой клинической группы местные онанистические манипуляции не могут вызвать эякуляцию. По существу эту цифру — 11,5% следовало путем соответствующего пересчета суммировать с цифрой 45,7%, характеризующей количество больных рассматриваемой группы, которые никогда не мастурбировали. В практике же сексологического обследования, производя сбор анамнестических сведений, следует так ставить вопросы, чтобы иметь возможность идентифицировать рассматриваемый тип, ибо семиологическое значение факта **отсутствия эякуляции и оргазма при попытках мастурбации** не только не уступает, но даже превосходит значение того факта, что обследуемый никогда не мастурбировал, ибо полное отсутствие мастурбации может быть обусловлено другими, чисто внешними, привходящими обстоятельствами [54].

Четвертое место по частоте занимает **заместительная (викарная) мастурбация,** на долю которой приходится 5,8%. Из отдельных видов расстройств этот тип мастурбации чаще всего отмечен при поражениях нейрогуморальной составляющей (10,2%) и псевдоимпотенции (7,6%). Заметное превалирование рассматриваемого типа в группе нейрогуморальных расстройств на первый взгляд может показаться парадоксальным. Однако кажущаяся парадоксальность этого факта получает истолкование при учете следующих обстоятельств. Во-первых, основной идентификационный критерий данного типа—позднее начало—полностью согласуется с проявлением, характерным для целого ряда частных клинических форм этой группы расстройств, а именно — с задержкой большинства половых феноменов начиная с пробуждения либидо. Во-вторых, у ряда больных с умеренным поражением нейрогуморальной составляющей после начала регулярной половой жизни отмечаются несомненные признаки стойкого повышения уровня половой активности, проявляющиеся в улучшении целого ряда функциональных показателей: усилении ослабленных до этого эрекций, что по прошествии определенного периода регулярных половых отношений обеспечивает незатрудненный интроитус; нормализации длительности копулятивной стадии (при этом в случаях ejaculatio praecox длительность фрикций возрастает, а в случаях ejaculatio tarda — сокращается); радикальном изменении характера абстиненции (от тотального к парциальному, что манифестирует появлением ночных поллюций, до этого отсутствовавших) и т. д.

Персевераторно-обсессивная мастурбация, на долю которой в общей массе всех обследованных приходится 2,1%, отмечена только при расстройствах психической составляющей (5,2%,

при этом в формах с преобладанием эндогенных факторов — 2,9%).

И, наконец, **подражательная мастурбация,** составляющая 1,4% в общей массе всех больных, чаще всего отмечена при расстройствах нейрогуморальной составляющей (3,2%). С учетом идентификационного критерия этот тип по своему семиологическому значению во многом равнозначен отсутствию мастурбации, и соображения, высказанные выше в отношении обобщенно-групповой принадлежности фрустрационной псевдомастурбации, в известной мере приложимы и к данному типу.

Отдельную графу в той же табл. 19 занимают **особые случаи** мастурбации, не поддающиеся классификации (1,1%). В качестве примера такого рода случаев может быть названа мастурбация, начатая по рекомендации врача (для избавления от ночного энуреза; эксквизитность наблюдения заключается еще и в том, что вскоре после начала мастурбации энурез действительно прекратился).

Т. Бостанджиев (1977) предлагает группировку названных типов в более крупные блоки: 1) *Физиологическая мастурбация* — типы 3 и 4, не требующие никаких лечебных мер; 2) *Симптоматическая* мастурбация — типы 2 и 5, где необходимо лечебное воздействие на причины, провоцирующие мастурбацию; 3) *Псевдомастурбация* — типы 1 и 6, требующие не лечебных, а воспитательно-корригирующих мер.

Оценивая в каждом случае семиологическое значение мастурбации, очень важно установить обстоятельства первой в жизни эякуляции. Как следует из табл. 18, наиболее частыми источниками первой эякуляции во всех обследованных группах являлись ночные поллюции и мастурбация (соответственно 43,3 и 41,3% при клинических синдромах и 49 и 45% в контрольной группе). При этом, однако, нельзя не заметить, что все выделенные группы четко разделяются на два типа: первый — с преобладанием процента ночных поллюций (сюда входят условная норма, мнимая импотенция и нейрогуморальные синдромы) и второй — с преобладанием мастурбаций в качестве источника первой эякуляции (синдромы расстройств психической и эякуляторной составляющих). Поскольку же самое четкое расхождение выявляется в подгруппе расстройств психической составляющей с преобладанием эндогенных факторов (57,6% — мастурбация и 36,1% — ночная поллюция), в дополнение к высказанному предположению о специфическом патогенном влиянии ранней допубертатной мастурбации на формирование нарушений эякуляторной составляющей встает вопрос о наличии и характере взаимных связей между мастурбацией и расстройствами психической составляющей.

В этом плане определенный материал для суждения представляют результаты клинико-физиологического анализа като-

генетических механизмов дебютантной формы импотенции у больных с нулевым значением IV показателя СФМ (т. е. случаев, в которых больному никогда не удавалось осуществить половой акт). Как показало названное исследование [67], в основе патогенеза дебютантных форм импотенции лежит нарушение обоих структурных блоков функциональной системы (по Анохину) — как *аппарата афферентного синтеза,* так и *аппарата акцептора результата действия.* Так, например, была выявлена функциональная недостаточность столь важного компонента аппарата афферентного синтеза, как подсистема памяти, которая включает в себя не только энграммы событий, уже имевших место в прошлом, но и элементы вероятностного прогнозирования, моделирование алгоритмов опережающего характера, т. е. предварительного построения целенаправленных поведенческих реакций. В критической фазе, лежащей на стыке пубертатного и переходного возрастных периодов полового развития, каждый молодой мужчина, осуществляя первый половой акт, еще не располагает личным опытом и опирается только на более или менее расплывчатые представления вероятностного характера, и здесь очень часто возникает коллизия между инерцией акцептора результата действия, стойко зафиксировавшего иннерваторные последовательности, порожденные мастурбаторной практикой пубертатного периода, и тем новым акцептором действия, который экстренно формируется при радикальном изменении условий благодаря включению сильнейшего комплекса натуральных воздействий при попытке реализации полового акта с женщиной. Здесь арсенал психоневрологического обеспечения индивидуума подвергается испытанию по всему диапазону, от таких элементарных свойств, как сила, уравновешенность и лабильность нервных процессов, до психологических особенностей личности, включающих морально-этические оценки. Значительная часть больных этой группы характеризовалась чрезмерной склонностью к абстрактно-логической переработке впечатлений в ущерб непосредственно-чувственному восприятию окружающего, что придавало их переживаниям и действиям столь чуждую сексуальной сфере интеллектуалистичность.

У определенной части больных с дебютантной формой импотенции наблюдается постепенное изменение характера мастурбации: даже в тех случаях, когда мастурбация носит вначале типичные черты, характерные для периода юношеской гиперсексуальности, с ходом времени основным затруднением становится невозможность перехода от мастурбации к коитусу (наблюдения 10 и 13).

Несомненен факт наиболее широкой распространенности мастурбации в группе лиц с расстройствами психической составляющей. Как показывает табл. 20, именно в этой группе мастурбация встречается чаще, чем в группе условной нормы.

Таблица 20

Частота мастурбации при различных видах психогенных половых расстройств и в группе, представляющей условную норму

(в процентах)

Клиническая характеристика группы	Мастурбировало	Никогда не мастурбировало
Условная норма	73,5	26,5
Псевдоимпотенция	68,7	31,3
Синдромы нейрогуморальной составляющей	54,3	45,7
Синдромы психической составляющей	75,7	24,3
формы с преобладанием эндогенных факторов	82,0	18,0
формы с преобладанием экзогенных факторов	71,8	28,2

При этом самый высокий процент (82) характеризует формы с преобладанием эндогенных факторов.

Поскольку представленные в табл. 20 данные свидетельствуют о наибольшем распространении мастурбации среди больных, характеризующихся ранними невротическими состояниями, в то время как в группе, выделенной после тщательного и всестороннего (в том числе психоневрологического) обследования в качестве условной нормы, мастурбация отмечена лишь в 73,5%, данные Кинзи [415] о наличии мастурбаторной практики у 96,3% здоровых мужчин вызывают определенные сомнения. Отнюдь не оспаривая утверждения Кинзи о том, что обследованные им контингенты относятся к группе сексологически здоровых (здесь Кинзи является безусловным авторитетом и 500 с лишним пунктов его опросной матрицы обеспечивают вынесение обоснованного заключения о состоянии сексуальной сферы), мы в то же время сомневаемся, насколько применявшаяся им процедура, при всем его неоспоримом опыте таксономиста, была адекватна для оценки нервно-психического статуса обследованных.

Широкое распространение нервно-психических расстройств среди населения США отмечалось и анализировалось многими авторами — как советскими [45, 190, 210, 154, 264, 181 и др.], так и американскими [296, 486, 360, 454, 453 и др.]. Так, по свидетельству Сола [486], нарушения нервно-психического состояния были зарегистрированы у 12% всех обследованных отборочными военно-медицинскими комиссиями США и среди других причин установления негодности к прохождению военной службы составили 38%. Из уже мобилизованных больные с нервно-психическими расстройствами, по данным Эппла [296], составили 41% от числа всех уволенных по болезни. Особый интерес представляет публикация Майкла [454], основанная

на репрезентативном клинико-статистическом обследовании рендомизированной выборки из 1660 жителей одного из центральных районов Нью-Йорка; среди обследованных, не состоявших на учете в психоневрологических учреждениях и считавшихся здоровыми, состояние полного нервно-психического благополучия установлено только в 18,5%; при этом у 23,3% клинические проявления порождали серьезные нарушения адаптации к микросоциальному окружению («...symptoms were sufficiently severe as to interfere with life adjustment...»).

Сопоставляя подобную распространенность нервно-психических расстройств в США с данными, показывающими, что ранней невротической отягощенности сопутствуют самый высокий процент мастурбаторной практики (см. табл. 20) и наличие самой злокачественной разновидности мастурбации (персевераторно-обсессивной) именно в этой группе (см. табл. 19), нельзя не прийти к выводу о значительной невротической отягощенности обследованных Кинзи контингентов. Правильность этого вывода находит ряд косвенных подтверждений в данных самого Кинзи [415], из которых упомянем два: преобладание в исследуемом контингенте лиц интеллектуальных профессий и преобладание мастурбации над ночными поллюциями в процентном распределении источников первой в жизни эякуляции:

при ночной поллюции	— 22,2%
при дневной поллюции («петтинг» и др.)	— 1,9%
при мастурбации	— 66,2%
при контусе	— 6,2%
при гомосексуальном контакте	— 2,9%
при сексуальном контакте с животными	— 0,2%
отсутствие эякуляций	— 0,4%

Сравнение этих данных с данными табл. 18 свидетельтвует о том, что обследованные Кинзи контингенты отнюдь не представляют безусловную норму и включают все виды патологии. Наряду с некоторым числом эндокринных (или уро-генитальных) поражений, о наличии которых свидетельствует полное отсутствие эякуляций у 0,4% обследованных (что очень близко приближается к нашей цифре — 0,5%, полученной при всех патологических синдромах), у значительного числа обследованных имеет место не вызывающая сомнений ранняя невротическая отягощенность. Об этом, кроме высокого процента *ранней* мастурбации, свидетельствуют и цифры гомосексуальных контактов и сексуальных контактов с животными в качестве источника *первой в жизни* эякуляции. Работая в клинике и имея дело с *патологическими* проявлениями сексуальности, мы, активно выявляя всякого рода перверзии, отмечали как гомосексуальные контакты, так и сексуальные контакты с животными только у некоторых больных, страдающих выра-

женными психическими нарушениями. Однако даже на клиническом материале нам ни разу не удалось зарегистрировать подобные проявления при первых в жизни эякуляциях.

Частота мастурбации как одно из вторичных проявлений невротизации находит подтверждение и в наблюдениях некоторых антропологов. Так, сотрудник Колумбийского университета Murphy в опубликованных им под псевдонимом Drekopf [346] наблюдениях над мастурбаторной практикой обезьян отмечает наибольшие цифры интенсивности мастурбации [до 130 актов в сутки у самца-саймири (squirrel monkey) и до 723 актов в сутки у самца паукообразной обезьяны (spider monkey)] в условиях экзогенной невротизации.

В свете всех приведенных выше данных едва ли можно сомневаться, что при ряде психических нарушений, включающих самые разнообразные формы, начиная от реактивных состояний и кончая шизофренией, мастурбация является вторичным симптомом, возникающим как проявление основного болезненного процесса.

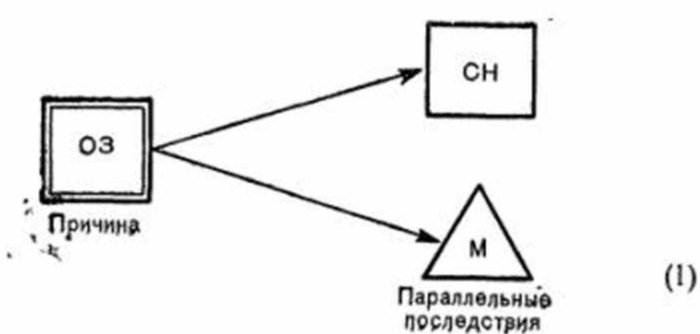
Из этого не следует, однако, что семиологическая оценка мастурбации так уж проста. Например, было бы упрощением сказать, что в отношении частоты мастурбации поражение психической составляющей является антиподом поражения нейрогуморальной составляющей и что норма лежит между ними. Хотя приведенная формулировка и правильна в общих чертах, она нуждается в оценке других источников первой эякуляции и (или) определении как клинического типа инициальной мастурбации, так и возможных изменений этого типа в ходе заболевания.

Так, *поражения нейрогуморальной составляющей* действительно характеризуются самым высоким процентом отсутствия мастурбации (см. табл. 20). Однако данный вариант, по сравнению с другими синдромами, характеризуется и самым высоким процентом отсутствия эякуляций и наступления первой эякуляции при коитусе (см. табл. 18). Второй вариант поражения нейрогуморальной составляющей, когда имели место истинные или мнимые мастурбации, характеризуется самым высоким процентом этих последних, а также викарной и подражательной мастурбации (см. табл. 19). Кроме того, при обоих вариантах отмечаются длительные периоды тотальной абстиненции.

Сравнивая семиологическое значение различных типов мастурбации, следует прежде всего отметить, что самый распространенный тип — мастурбация периода юношеской гиперсексуальности — в диагностическом плане представляет наименьшую ценность, так как встречается не только при всех сексопатологических синдромах, но и в норме, и может как закончиться прекращением с началом половых отношений, так

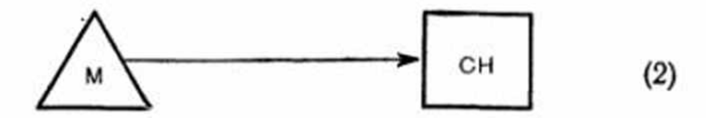
и фиксироваться с переходом в персевераторно-обсессивный тип. В противоположность этому все остальные типы мастурбации отличаются более или менее выраженной специфичностью, а персеверативно-обсессивный тип даже патогномоничен для поражения психической составляющей.

По своему патогенетическому значению, если обозначить мастурбацию знаком М в треугольнике, основное заболевание знаком ОЗ в двойном прямоугольнике, а сексологическое нарушение знаком СН в прямоугольнике, в упоминавшуюся схему (с. 204)



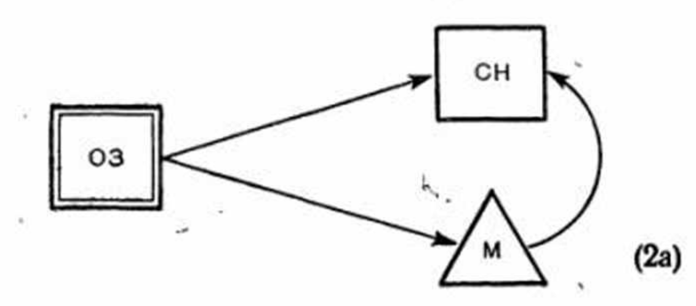
уложится большинство случаев фрустрационной, подражательной и персевераторно-обсессивной, а также некоторая часть викарной мастурбации.

Если подтвердится предположение, высказанное на с. 284, в схему:



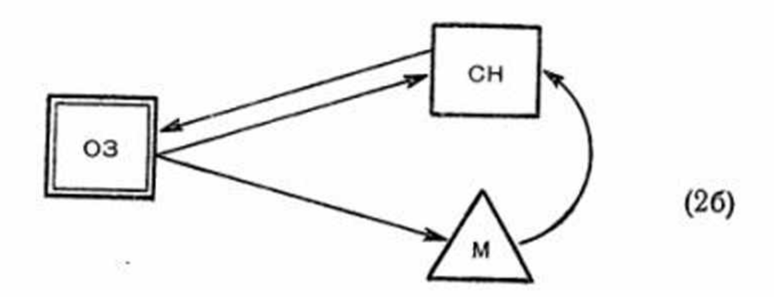
уложится большинство случаев ранней допубертатной мастурбации.

Однако поскольку ранняя допубертатная мастурбация сама по себе нередко возникает на почве преморбидного психопатологического отягощения и, таким образом, следует схеме (1), структура принимает более сложный вид:

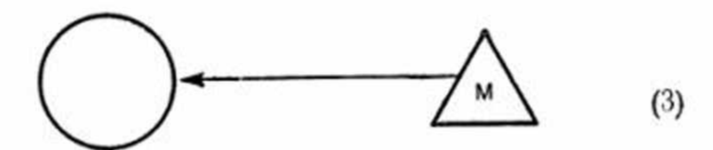


А так как осознание сексуального дефекта или его усугубления вызывает развитие реактивного состояния, что приводит к утя-

желению основного психопатологического синдрома, структура претерпевает дальнейшее развитие:



Следует учитывать, что сам факт мастурбации может вызвать реактивные нарушения непосредственно, даже при полном отсутствии сексологических нарушений [282, 130, 250]:



Этот последний вариант необходимо учитывать при оценке даже таких патогенно нейтральных типов мастурбации, как заместительная мастурбация и субэксцессивная мастурбация периода юношеской гиперсексуальности, учитывая, что большинство мужчин, если случается любой срыв в сексуальном плане (чаще чисто ситуативный), относят этот срыв к патологии, обусловленной «грехами молодости».

* * *

В разделе «Динамика половой жизни» карты сексологического обследования фиксируются: возраст, в котором обследуемый имел первый половой акт; с кем этот половой акт произошел (девушка, женщина, ее возраст, семейное положение, сексуальный опыт) и как он прошел (в каких условиях — в изолированной комнате или «на природе», насколько обследуемый был уверен в себе, как вела себя женщина, длительность и характер периода, непосредственно предшествовавшего началу полового акта, поведение обследуемого и женщины по окончании полового акта; в случае неудачи — как ее пережил и когда последовала следующая попытка).

При записи анамнестических данных следует использовать точные цифровые обозначения и не допускать расплывчатых определений типа «рано», «интенсивно», «несколько», «слегка» и т. д.

Для краткой и наглядной записи динамики половой активности в графе «Связи до женитьбы» (а при необходимости и в графе «Внебрачные связи») может быть использован следующий код: каждая связь нумеруется римской цифрой и обозна-

чается дробью, в числителе которой указывается возраст пациента (возраст женщины приводится в скобках), а в знаменателе — продолжительность связи (при этом используются следующие обозначения: г — годы, м — месяцы, н — недели, ед — единичная связь), в скобках — количество интимных встреч. Например, вместо того, чтобы писать: «До женитьбы 6 связей: 1-я в возрасте 24 лет, с девушкой примерно 22 лет, длилась в течение недели (всего две интимные встречи); 2-я — в возрасте 24 лет, с женщиной того же возраста, длилась в течение 2 нед (полноценных сношений не было и эякуляции получались петтингом); 3-я — в возрасте 25 лет, единичная встреча с замужней женщиной лет 23», можно сделать следующую краткую запись:

$$\text{I}\,\frac{24\ (22,\ \text{дев.})}{1\ \text{н}\ (2)};\quad \text{II}\,\frac{24\ (24)}{2\ \text{н; пет.}};\quad \text{III}\,\frac{25\ (23,\ \text{замуж.})}{\text{Ед.}}\ \text{и т. д.}$$

Фиксируя данные в разделе «Сексуальность жены пробудилась», полезно указать, на основании каких признаков устанавливался факт пробуждения сексуальности.

Процент оргастичности подразумевает частоту наступления у женщины оргазма при половых актах с обследуемым. В случаях, когда женщина никогда при половых актах с ним не испытывала оргазма, ставится 0%, наступление оргазма при каждом половом акте обозначается как 100% и т. д. У мультиоргастичных женщин, испытывающих при однократном половом акте несколько оргастических разрядок, вписывается соответственно 200% или 400% и т. д. Нередко приходится протоколировать двойной показатель, указывая процент оргастичности до и после развития полового расстройства у мужа или у жены.

Сексуальная притязательность женщины расценивается как *средняя* при отсутствии претензий с ее стороны (независимо от нормативных характеристик протекания половой активности), как *высокая* — при упреках по поводу дефектности осуществления мужчиной полового акта (также независимо от фактических характеристик, ибо нередко предъявляются жалобы на чрезмерную быстроту окончания половых актов при их длительность от 5 до 15 мин и жалобы на их чрезмерную длительность при наступлении эякуляций после 20—30 фрикций, не выходящих за пределы $1—1^1/_2$ мин). Как *низкая* притязательность обозначаются те случаи, когда женщина избегает половой активности, не предъявляя при этом мужчине претензий (мотивируя свой отказ от сношений усталостью или имеющимися у нее заболеваниями).

В разделе «Формы проведения коитуса» выясняется разнообразие или трафаретность сексуального поведения в выборе времени, ласк подготовительного периода, взаимного расположения партнеров и т. д. Для обозначения взаимного расположе-

ния партнеров может быть использован следующий код. Прежде всего различаются вентро-вентральное и вентро-дорсальное положения, которые соответственно обозначаются ВВ и ВД. Третьей буквой обозначается положение, которое занимает мужчина по отношению к женщине: В — верхнее, Н — нижнее, Б — боковое, С — сидячее. К подобной краткой записи (типа ВВВ, ВВН, ВВБ, ВДБ и т. д.) могут быть добавлены короткие дополнительные сведения, например, «только ВВВ на протяжении всех 15 лет брака», «единичные случаи ВДВ и ВВН, преимущественно же ВВВ и ВДБ».

В отношении *предварительных ласк* при обследовании нередко выясняется, что мужчина не проводит никакой предварительной подготовки. Нередко также выясняется, что ласки, кроме чрезмерной их краткости (измеряемой секундами), характеризуются узостью диапазона приемлемости: есть мужчины, которые на протяжении многих лет семейной жизни ни разу не поцеловали жену в мочку уха, шею, глаза, ограничиваясь поцелуем в губы. Выясняя характер предварительных ласк, полезно отразить, как сам пациент понимает их значение и не имеют ли место вынужденные формы редукции. С одной стороны, есть мужчины, которые воспринимают значение предварительных ласк чисто рассудочно, понимая, что женщину необходимо психологически подготовить и что это поможет ей получить более полное удовлетворение, но эмоционально они в этой сексуальной игре не участвуют, не находят в ней интереса, как бы отбывают повинность, испытывая наслаждение только при фрикциях и оргазме. Наряду с этим есть группа мужчин, объясняющая необходимость предварительных ласк: «Да, я вынужден проводить эти ласки; раньше мне это не нужно было, потому что мне достаточно было одной мысли, чтобы немедленно пришла эрекция, а сейчас мне, к сожалению, приходится долго играть, чтобы вызвать эрекцию». В подобном случае, проводя предварительные ласки, пациент имеет в виду не интересы женщины, а свои собственные. И, наконец, от некоторых больных можно услышать, что прежде они подготовительные ласки проводили, а затем вынуждены были либо сократить их, либо совсем прекратить, потому что если они эти ласки затягивают, то эрекция нередко теряется; не доверяя себе и опасаясь повторения подобных случаев, они прерывают предварительные ласки на все более ранних стадиях.

Что касается активности женщины в форшпиле и при коитусе, то обычно эти показатели прежде всего зависят от определяющего фактора — пробудилась ли сексуальность у женщины. Далее следует отметить, что женщина после преодоления первого психологического барьера начальной сексуальной скованности обычно проявляет к предварительным ласкам гораздо больший интерес, чем мужчина, и на определенной промежуточной стадии значительная часть женщин находит в этой

«увертюре» даже больше интереса, чем в основной части коитуса. Нельзя не отметить, что в основных европейских языках терминология предварительных ласк подчеркивает элемент игры; так, немецкие сексологи говорят буквально о предварительной и заключительной игре (Vorspiel и Nachspiel), английские употребляют терминологический оборот «preliminary play», а французские — «jeux préliminaires».

Феноменология половых перверзий и половых девиаций

Половые перверзии (или извращения) и половые отклонения (или девиации), по определению А. М. Свядоща, представляют самостоятельные феномены, характеризуемые качественным своеобразием [214]: *перверзии* — это болезненные нарушения направленности полового влечения или его удовлетворения, в то время как половые *девиации* — не относящиеся к болезненным состояниям отклонения от общепринятых форм полового поведения. В качестве примера последних А. М. Свядощ называет большинство случаев онанизма. Феноменология перверзий отличается значительным разнообразием:

Аутоэротизм (*нарциссизм*) — половое влечение направлено на самого себя.

Гомосексуализм (мужской, в том числе *педерастия* и *мужеложество,* и женский, или *лесбийская любовь*) — половое влечение направлено на лиц одноименного пола.

Педофилия — половое влечение к малолетним [401, 313].

Геронтофилия — половое влечение направлено на престарелых.

Инцестофилия — половое влечение к кровным родственникам.

Зоофилия (содомия, скотоложество) — половое влечение к животным.

Некрофилия — половое влечение к трупам.

Пигмалионизм — половое влечение к статуям.

Трансвестизм — влечение к ношению одежды противоположного пола.

Вуайеризм — влечение к созерцанию полового акта или обнаженных половых органов.

Эксгибиционизм — стремление обнажаться (обычно в присутствии лиц противоположного пола).

Фетишизм — влечение к предметам, вызывающим половое возбуждение (женская коса, носовой платок, туфля и т. д.).

Садизм — наступление полового удовлетворения только при условии жестокого обращения с партнером.

Мазохизм — наступление полового удовлетворения только при условии физических страданий и морального унижения, доставляемых партнером.

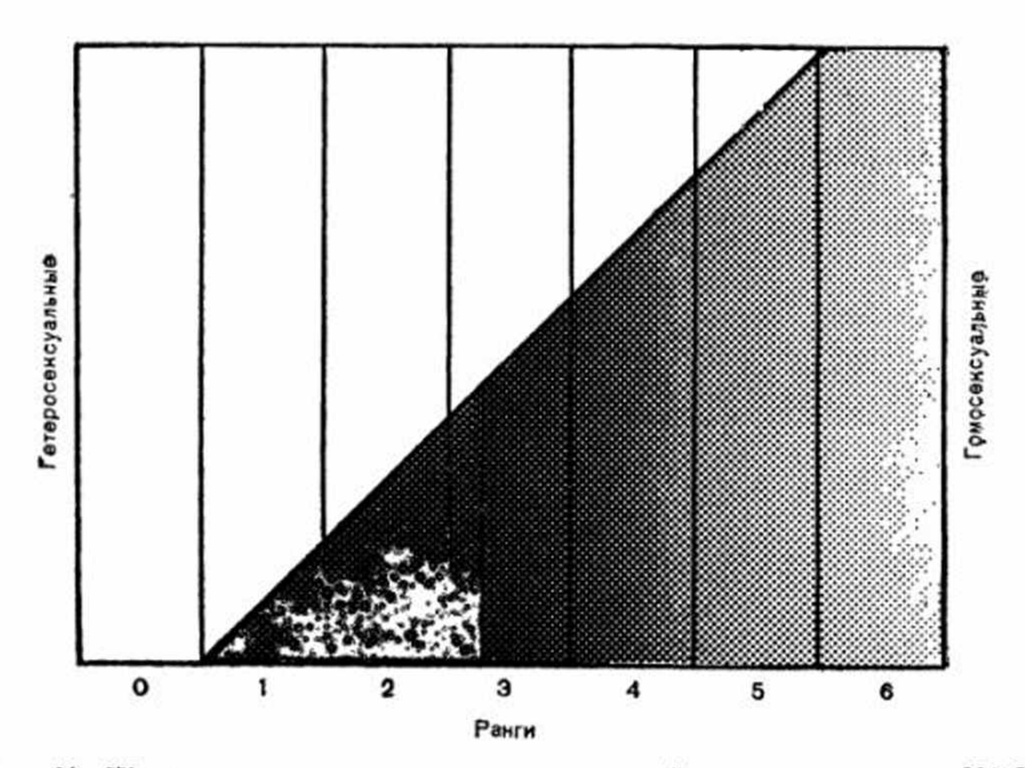


Рис. 60. Шкала рангов гетеро-гомосексуальной направленности [415].
0 — абсолютно гетеросексуальные; 1 — преобладающая гетеросексуальная направленность со случайными гомосексуальными проявлениями; 2 — преобладающая гетеросексуальная направленность с более чем случайными гомосексуальными проявлениями; 3 — эквисексуальная направленность; 4 — преобладающая гомосексуальная направленность с более чем случайными гетеросексуальными проявлениями; 5 — преобладающая гомосексуальная направленность со случайными гетеросексуальными проявлениями; 6 — абсолютно гомосексуальные.

Выраженность перверзий варьирует в широких пределах. В этом отношении очень наглядна схема Кинзи для параметрирования степени гетеро-гомосексуальной направленности (рис. 60). Формируемый большинством перверзий вариационный ряд через полосу перверзных тенденций сплавляется с проявлениями нормальной сексуальности и эта общая закономерность находит частное подтверждение в том, что, например, элементы садизма проявляются в сексуальном поведении очень многих нормальных мужчин, точно так же как в самом нормальном акте достаточно четко выступают определенные элементы мазохистических проявлений со стороны женщины.

Вследствие того что отдельные сексуальные проявления образуют межгрупповые переходы и сочетаются между собой в самых неожиданных комбинациях, отнесение конкретных форм сексуального поведения к определенным классам оказывается в ходе сексологического обследования куда более сложным, чем при ознакомлении с номенклатурными схемами. На предварительных этапах некоторым подспорьем здесь могут служить оценка степени, градации того или иного проявления, а также определение места, занимаемого этим проявлением в структуре копулятивного цикла и всего полового поведения с его доминирующими мотивациями. Так, например, упоминавшиеся выше

оро-генитальные контакты, если они применяются в стадии предварительных ласк и укладываются в диапазон приемлемости обоих партнеров, могут быть расценены как рафинированная форма подготовительной стадии и отнесены к крайним вариантам нормы. В других случаях те же оро-генитальные контакты, если они в малейшей степени неприятны одному из партнеров, должны быть расценены как отклонение, чреватое опасностью невротизации. И, наконец, если оро-генитальные действия при наличии резко отрицательной установки все же проводятся одним из партнеров как средство морального и физического унижения и насилия над личностью и при этом вытесняют и замещают половой акт в форме генитального взаимодействия, в этом случае они должны быть отнесены к перверзиям садо-мазохистского круга.

Истинная и банальная пролонгация полового акта

Особые затруднения вызывает отнесение к числу отклонений так называемого пролонгированного коитуса (coitus prolongatus). Здесь необходимо четко уяснить, что существуют два качественно различных феномена: банальная, или повседневная житейская, пролонгация и пролонгация истинная. В чем заключается разница между этими явлениями?

Как уже говорилось, моделирование полового акта (длительность предварительной подготовки, взаимное расположение партнеров и, наконец, темп, частота, амплитуда и интенсивность фрикционных движений), как правило, осуществляется мужчиной и более или менее произвольно. Можно ли в таком случае провести границу между половым актом, в котором нет никакой пролонгации, с одной стороны, и половым актом, в котором имеется начальная, самая незначительная степень пролонгации? Более того: поскольку подавляющее большинство половых актов проводится не ради получения потомства, а единственно ради того удовольствия, которым половой акт сопровождается, естественно, что никто не торопится это удовольствие прекратить, а как раз напротив — вольно или невольно каждый стремится это удовольствие насколько можно продлить.

Такого рода пролонгацию, которая достигается путем некоторого сдерживания частоты, амплитуды и «ярости» копулятивных фрикций, мы и называем банальной, или повседневной житейской, пролонгацией. Каково патогенное значение этого феномена? Крайние точки зрения здесь определяются так: пролонгация всегда вредна и пролонгация всегда полезна. Обе они, по-видимому, неправильны, хотя факты свидетельствуют, что в одних случаях, например у лиц с крайними проявлениями неуравновешенных вариантов высшей нервной деятельности, пролонгация может иметь патогенное значение, способствуя развитию общеневротических сдвигов, в других же случаях мо-

жет, по-видимому, быть полезной, так как некоторое пролонгирование способствует более качественному протеканию как того полового акта, при котором эта пролонгация применяется, так и последующего.

Наблюдение 15. Врач, хирург по специальности, обратился в отделение сексопатологии по поводу преждевременной эякуляции, осложненной приапическими явлениями. В отличие от классического приапизма, при котором эрекция как бы отрывается от других компонентов и резко снижаются воллюстические ощущения (при этом возможность получения эякуляций и оргазма полностью утрачивается), у данного пациента имелись лишь элементы приапизма, которые заключались в том, что после некоторых половых актов тотчас после эякуляции детумесценция (утрата кавернозными телами состояния эректильности) наступала не сразу, так как эрекция не исчезала полностью, а лишь несколько снижалась, и половой член находился в полуэрегированном состоянии в течение нескольких минут.

При этом пациент отметил следующую закономерность: если он проводил сношение быстро, не пролонгируя, то оргазм был не такой яркий, детумесценция не столь выражена (член оставался полуэрегированным в течение нескольких минут). Первая спонтанная эрекция после этого сношения наступала через много дней, а эрекция при последующем половом акте была ослабленной и эякуляция наступала очень быстро. В тех же случаях, когда он, умеряя вначале частоту и амплитуду фрикций (вплоть до остановки их), лишь постепенно разрешал себе достичь «полного пафоса и ярости», у него при этих условиях возникало более яркое оргастическое ощущение. Тотчас после эякуляции наступала полная детумесценция. Первая спонтанная эрекция после такого акта возникала в течение ближайших суток, а при следующем половом акте эрекция была более выраженной и сам половой акт — более продолжительным.

Что же следует понимать под истинной пролонгацией? Рассмотрим следующее клиническое наблюдение.

Наблюдение 16. Инженер У., 32 лет.
СФМ: 3,523,5/334*/3,522/1—9/10/7,5/1—27,5.

Жалуется на то, что около года назад жена выразила недовольство тем, что у нее не наступало привычного удовлетворения при половых актах. Сам он также обратил внимание на утрату способности произвольно задерживать наступление эякуляций. До этого он мог по собственному желанию регулировать длительность сношения, вызывая очень своеобразное и трудно передаваемое словами ощущение, что что-то «проскакивает», после чего эрекция оставалась, и очень сильная, а эякуляция не наступала (причем иногда получались затруднения уже в плане достижения эякуляции). Этот прием задержки он практиковал «из озорства и удали» очень часто, примерно в 50% всех сношений, причем у женщин наступало до 4 оргазмов к моменту его эякуляции (у жены, как правило, наступало 2 оргазма). Задержки эти практиковал таким образом на протяжении многих лет (длительность сношения при этом была порядка 10 мин). Отмечает, что в периоды воздержания, например в командировках, быстро перестраивался на отсутствие половой активности, и через некоторое время половое желание его уже не беспокоило. По выходе из таких периодов даже приходилось совершать насилие над собой, так как не было позывов к возобновлению половой активности. Однако после первых сношений прежний «напор» через несколько дней снова восстанавливался. Вскоре все вошло в прежний

* Приписка в СФМ рукой пациента: 5—10 мин.

ритм и в прежнюю норму. Однако через 3—4 мес после этого окончательно утратил прежнюю способность вызывать произвольную задержку эякуляций. В это же время ослабели эрекции, т. е. они вызывались действием возбуждающих факторов с той же легкостью, что и прежде, но не были полными. Однако затруднений к введению члена это никогда не создавало.

Половое влечение с 13 лет, в форме чувства приближения к какой-то привлекательной, жгучей тайне. Онанизм с 13 лет, вначале без семяизвержения; лет с 14 — с эякуляцией, т. е. оргазм впервые испытал в возрасте 14 лет; практиковал онанизм нечасто (раз в месяц). Ему сказали, что если онанировать, то член увеличится; ему этого хотелось, и он онанировал с целью «развития» члена больше, чем по внутреннему побуждению. Прекратил мастурбацию с 15—16 лет, осознав нечистоплотность этого занятия. Половую жизнь начал с 17 лет с женщиной лет 30. До женитьбы имел около 10 связей, регулярных и продолжительных, обычно с женщинами лет 30—35. В возрасте 22 лет женился на девушке. В настоящее время жене 29 лет. Сексуальность у нее начала пробуждаться примерно через полгода и по-настоящему пробудилась через 9 лет, когда он утратил способность к произвольной задержке. Начальная индифферентность жены была ему непонятна, и он, пытаясь «оживить» ее, произвольно задерживал эякуляцию до 15—20 мин.

Супруги имеют дочь 9 лет. В настоящее время жена просила его проконсультироваться с врачом, но если помочь нельзя — она может жить «и так».

Активность в браке: в первый год в среднем от 3 до 5 сношений в сутки, последний год ежесуточно до 2 раз, потом раз в сутки, за последнее время — раз в 2—3 дня; внебрачные связи — около 6.

Форшпиль не дольше чем полминуты, проводит не всегда.

Методы контрацепции: с другими женщинами — никогда, с женой — чаще — coitus interruptus.

Последний коитус дней 10 назад при выраженном либидо; эрекция возникла сразу, но слабая (неполная), после иммиссии усилилась до предела, длительность сношения — 6—7 мин, закончил как coitus interruptus. Спонтанные эрекции регулярно по утрам, но неполные. Поллюций никогда не было. По типу ВНД — сильный, уравновешенный, подвижный (сангвиник). Были периоды, когда употреблял алкоголь (до 700—800 г водки в день), главным образом с целью доказать свою «крепость», но затем перестал. Курит систематически с 17 лет (пачка на два дня). Полтора года назад перенес отравление этилированным бензином.

Объективные данные: рост 170 см, вес 71 кг. Ширина таза 37 см, плеч — 42 см, высота ноги от большого вертела 83 см (трохантерный индекс 2,05). Четкая горизонтальность роста волос на лобке при редком оволосении кверху от горизонтали. Половой член: длина 9 см, диаметр 3 см, яички — около 4,5 см по длинной оси.

Нервная система: отставание правого угла рта, отклонение языка влево. Повышение правого ахиллова рефлекса с инверсией рефлексогенной зоны справа в пределах межмыщелковой линии. Левосторонний симптом Бабинского. Очень живые кремастерные рефлексы. Тремор сомкнутых век. Пульс лежа 80 ударов в минуту, стоя — 90 в минуту (+10).

Диагноз резидуальная стадия токсической энцефалопатии. Псевдоимпотенция (комбинация первой и четвертой разновидностей, см. табл. 17). Начинающееся реактивное торможение эрекций, вызванное превратным отношением жены к утрате способности к истинной пролонгации.

Пациент демонстрирует образец мужчины, находящегося в периоде физической и сексуальной зрелости. В его СФМ как

суммарные показатели по первым двум триадам (9 и 10), так и отдельные показатели, из которых только II слегка спускается ниже средней нормы, свидетельствуют о том, что предварительная психическая и гормональная готовность (суммарный показатель первой триады), так и параметры фактической реализации полового акта (вторая триада) располагаются в большинстве над уровнем средней статистической нормы. И лишь в третьей триаде, отражающей оценку половой активности post factum, два ее последних показателя спускаются ниже нормы, и именно те показатели, которые отражают субъективную оценку состояния половой активности, в то время как первый показатель третьей триады, отражающий объективно регистрируемую частоту эякуляций, также оказывается выше нормативной оценки — 3. И, наконец, самый низкий показатель всего ряда — единица в неструктурном показателе X, фигурирует в ряду только потому, что сам пациент, считая себя больным, сигнализирует о давности заболевания, которое он сам у себя установил.

Можно ли согласиться с этой точкой зрения пациента и признать его больным? Сам пациент и его жена жалуются на укорочение длительности сношения, что должно заставить сексопатолога подумать об очень частом в клинике половых расстройств симптоме, а именно о симптоме преждевременной эякуляции. Помня, что средняя статистическая длительность сношения лежит в пределах от 1 мин (что дает примерно 25 фрикций) до 2—3—5 мин, обратимся к VI показателю СФМ. Заполняя эту часть вопросника, пациент испытал определенное затруднение, так как даже без произвольной задержки эякуляции сношение у него никогда в жизни не оканчивалось раньше чем через 5 мин (так, например, при последнем сношении эякуляция наступила минут через 6—7). Поскольку же механизм произвольной задержки с некоторых пор не срабатывает, он тут же своей рукой приписал «5—10 мин». Короче говоря, пациента в кабинет сексопатолога привела утрата способности задерживать эякуляцию до 15—20 мин. Что же это за способность, утрата которой так обеспокоила пациента и его супругу? Нормальное это явление или свидетельство аномальности?

Прежде чем ответить на этот вопрос, необходимо коснуться одной детали. В карте сексологического обследования фиксируется время, которое потребовалось для пробуждения сексуальности у жены обследуемого (учитываются случаи, когда женщина не имела сношений до начала регулярной половой жизни с обследуемым). Получаемые при этом данные, с одной стороны, дают прямую информацию о степени сексуальной возбудимости женщины, а с другой — косвенно характеризует самого обследуемого, поскольку быстрота или задержка пробуждения сексуальности у молодой женщины в значительной степени зависит от половой активности мужчины. В данном случае

тот факт, что при чрезвычайной половой активности пациента сексуальность у его супруги начала пробуждаться только через полгода и полностью пробудилась лишь через 9 лет, с несомненностью свидетельствует о не очень высокой половой темпераментности женщины.

В корригирующей психотерапии данного наблюдения (единственно оправданный здесь вид «лечения») центральное место должны занимать мероприятия, направленные на ликвидацию расхождения между высокой сексуальностью мужа и сниженной сексуальностью жены. Направленность же психотерапии должна определяться записью, гласящей: «Форшпиль проводит не всегда и не дольше чем полминуты». Выше уже освещалось значение, которое имеют для женщины предварительные ласки, увертюра к самому коитусу. В данном случае эта простая мысль никогда не осознавалась пациентом, создавшим себе из длительности полового сношения какой-то фетиш, самоцель. Первая задача сексопатолога в таких случаях — заставить пациента увидеть человека в женщине, которая связала с ним свою судьбу, и побудить его к культивированию предварительных ласк, обеспечивающих абсолютную полноту сексуального удовлетворения и без получасовых фрикций.

Что же происходит при истинной пролонгации? Можно предполагать, что этот прием основан на раздельности анатомо-физиологических путей воздействия высших отделов центральной нервной системы на субкортикальные (зрительные бугры) и спинальные отделы, обеспечивающие соответственно оргазм и эякуляцию. При этом, активно затормаживая иннерваторные механизмы спинального уровня, обеспечивающие двигательный компонент эякуляции, субъект в то же время провоцирует наступление частичного оргазма на субкортикальном уровне (пациент У. характеризует этот момент как «что-то проскакивает»). Вслед за этим, благодаря наступлению состояния рефрактерности на субкортикальном уровне (что, в частности, проявляется скачкообразным снижением остроты воллюстических ощущений) крутизна кривой нарастания сексуальной возбудимости изменяется, и при этой пологой крутизне теперь уже требуется значительно больший период, в течение которого суммация фрикционных раздражений достигает величины, необходимой для «запуска» триггерного механизма всей эякуляторно-оргастической констелляции.

* * *

В графе «Абстиненция» карты сексологического обследования учитываются периоды вынужденного полового воздержания. В случаях, когда применяются суррогатные формы полового удовлетворения (мастурбация, петтинг) или же подключаются непроизвольные физиологические «меры защиты» в виде поллюций, абстиненции расцениваются как парциальные,

в тех же случаях, когда эякуляции в этом периоде не наступают ни при каких обстоятельствах, — как тотальные.

Семиологическое значение *последнего коитуса*, в отличие от значения обстоятельств *первого полового сношения*, оказывающего влияние на формирование стойких стереотипов сексуального круга, заключается главным образом в том, что дает возможность проверить надежность сведений, сообщенных пациентом на предыдущих этапах обследования (СФМ, § 1 и др.).

Состояние *спонтанных эрекций*, возникающих вне эротизирующей обстановки (во время сна, утром при пробуждении под влиянием сегментарно-рефлекторных воздействий со стороны переполненного мочевого пузыря и т. д.) и в значительной части, в особенности на начальных отрезках времени, не сопровождающихся эротическим возбуждением, выясняется в ходе сексологического обследования как дополнение к так называемым адекватным эрекциям, т. е. эрекциям, которые возникают в обстановке интимного сближения. Установление прежде всего наличия, а также частоты, силы и характера спонтанных эрекций имеет большое дифференциально-диагностическое значение, так как диссоциация в силе спонтанных и адекватных эрекций является одним из кардинальных признаков, характерных для психогенных форм половых расстройств. Типичен в этом отношении пациент, который не может заснуть из-за сильных и мучительных эрекций, когда он находится в своей холостяцкой квартире, но как только он попадает в обстановку, адекватную для проведения полового акта, эрекции тут же исчезают. Диссоциация эта чаще всего является результатом развившегося *невроза ожидания неудачи*.

В исследовании и оценке состояния спонтанных эрекций необходимо, однако, выработать твердое правило: ни в коем случае не торопиться с выводом об отсутствии диссоциации. Если наличие диссоциации в силе спонтанных и адекватных эрекций дает врачу право оперировать ею как диагностическим признаком, свидетельствующим о наличии коитофобии, то, в противоположность этому, установление отсутствия диссоциации требует крайней осторожности. Дело в том, что у мужчины, потрясенного и уязвленного ощущением своей сексуальной неполноценности, сразу же проявляется настороженность: он начинает себя проверять. А так как для многих пациентов основным и даже единственным показателем их мужской дееспособности является наличие эрекции, они начинают наблюдать за эрекциями и проводят этот «самоэкзамен» вне обстановки интимного сближения, потому что сама ситуация интимного сближения вызывает у них страх потерпеть фиаско. Но с чем большей тревогой такие больные фиксируют внимание на состоянии эрекций, тем в большей степени эрекции тормозятся. И может случиться, что пациент, обратившийся к врачу в той стадии, когда эта установка на «подстерегание» спонтанных

эрекций принимает стойкий характер, может дезориентировать сексопатолога и создать у него впечатление, что дисссоциации в силе спонтанных и адекватных эрекций нет, в то время как они могут быть завуалированы. В подобных случаях при известной настойчивости удается выяснить, например, что спонтанные эрекции проявляются в тех случаях, если больной внезапно пробуждается ото сна. Некоторые больные рассказывают, что спонтанная эрекция улавливается только в тех случаях, если он просыпается быстро и не успевает дать ход привычному страху. Очевидно, задерживающие механизмы, выработавшиеся у таких больных, обладают определенной инерцией, требуют какого-то времени, чтобы овладеть сознанием больного по выходе из состояния сна, и при быстром пробуждении не успевают нейтрализовать возбуждающие влияния более низких уровней (подкорковых и спинальных, включая пузырные аксон-рефлексы). Иногда бывает и так, что больной сам уверен, что спонтанных эрекций у него нет, но когда врач беседует с женой, то она рассказывает, что эрекции у пациента наблюдаются, но только тогда, когда он спит глубоким сном.

После всего сказанного выше о *ночных поллюциях* остается добавить, что они приобретают особое семиологическое значение в тех случаях, когда врач обследует пациента, переживающего длительную сексуальную абстиненцию — здесь частота поллюций (целиком заполняющая VII показатель СФМ) становится одним из основных критериев, характеризующих функциональный уровень нейрогуморальной составляющей. В особенности указанное значение ночных поллюций сказывается в возрасте, когда можно ожидать проявлений инволюционного снижения. В этом отношении показателен следующий клинический случай.

Наблюдение 17. К нам обратился за консультацией пациент в возрасте 72 лет. Когда ему было 50 лет, в авиационной катастрофе погибла его жена, памяти которой он до самого последнего времени хранил такую верность, что не имел интимной близости на протяжении более 20 лет. Однако около $1^1/_2$ лет назад он встретил женщину, с которой у него постепенно развиваются все более тесные отношения; он хочет на ней жениться, но сомневается, будет ли он полноценным мужем во всех отношениях.

Наличие регулярных ночных поллюций, которые происходят 2—3 раза в месяц, позволило высказать положительный прогноз, который затем подтвердился счастливым браком.

При выяснении пункта 10 (*мочеиспускание* и *дефекация*) следует уточнить, не страдал ли пациент в детстве ночным энурезом, и если страдал, то до какого возраста; не встает ли ночью для опорожнения мочевого пузыря; не учащены ли позывы на мочеиспускание (полезно выяснить, сколько раз в сутки производится опорожнение мочевого пузыря); не было ли затруднений при мочеиспускании; не происходят ли из мочеиспускательного канала выделения при дефекации.

В заключение необходимо отметить следующее. В литературе по сексологии можно встретить высказывания о повышенной сенситивности большинства сексологических больных — факт, не вызывающий сомнений. Из этого, однако, делают выводы, что в работе с такими больными нужно применять особую «технику», избегая прямых вопросов и ко всем травмирующим пунктам подходя исподволь. Опыт отделения сексопатологии Московского научно-исследовательского института психиатрии, опирающийся на несколько тысяч детализированных сексологических обследований, убеждает в необоснованности предположений, что сексологический больной не будет откровенно рассказывать об интимных проявлениях. Результативность обследования определяется позицией врача и тоном его разговора с больными. Страдающий половым расстройством приходит к врачу не за утешением, а за помощью, и эмоциональная обостренность больного позволяет ему безошибочно отличить утешителя от специалиста. И если он чувствует, что ему хотят и могут помочь, пациент охотно и откровенно отвечает на все вопросы, и никаких специальных обходных маневров при этом врачу применять не приходится.

Однако сексопатолог при всей его высокой квалификации ни в коем случае не должен соскальзывать в техницизм, ведущей тональностью его общения с больным должна быть тональность вооруженного знаниями гуманиста. Прежде всего как первичное обследование, так и последующие встречи с больным должны протекать в атмосфере дружелюбного расположения к больному, абсолютно исключающей всякую спешку. Сохраняя полный контроль над ходом беседы, врач должен проявлять исключительную деликатность, направляя рассказ больного в нужное русло, если тот отклоняется от существа вопроса, и в то же время проявлять терпение, если, например, пациент, представляя информацию по существенным пунктам, впадает в излишнюю детализацию.

Исследование структуры личности сексологических больных

Излагаемая в данной книге концепция исходит из того, что любое отклонение от привычного стандарта половых проявлений (даже если оно не выходит за пределы таких непроизвольных феноменов, как степень выраженности полового влечения или продолжительность полового акта) тотчас фиксируется сознанием субъекта и в той или иной форме сказывается на его поведении. Более того, сама сексуальность является реакцией поведенческой. Обширный исторический и психологический материал, систематизированный Ю. Б. Рюриковым [203], показывает, что любовь как сексуальное поведение личности отражает, с одной стороны, влияние социально-психологических норм, а с

другой — своеобразие характера, темперамента, взглядов и установок самой личности — все то, что в наше время обозначается термином *структура личности*: «Любовь — как бы внутренняя тень человека... и то, какая она, зависит от того, какой он» [204].

Применяемый нами метод изучения структуры личности определяется системным подходом, основные положения которого в приложении к идентификации психологических особенностей сформулированы К. К. Платоновым [184], который выделяет 4 иерархических подструктуры: 1) специфическая для человека направленность личности (интересы, мировоззрение, убеждения и идеалы); 2) опыт (навыки, умения и привычки); 3) индивидуальные особенности психических процессов (внимание, память, моторика, эмоциональность, волевые качества, творческое воображение и т. д.); 4) тип ВНД. Последняя подструктура является, по К. К. Платонову, биологической основой

Таблица 21

Критерии силы основных нервных процессов

Процесс	Сила (+)	Слабость (—)
Возбудительный (а)	Работоспособность	Утомляемость
	Активность, инициативность, самостоятельность, умение отстаивать собственное мнение	Пассивность, уступчивость, подчиняемость
	Административные и организаторские способности, склонность командовать другими	Предпочитает действовать по готовой инструкции
	Смелость, уверенность	Робость, нерешительность
	Выносливость к тяжелым переживаниям, способность продуктивно работать в неблагоприятных условиях	Поиски поддержки и сочувствия у окружающих, зависимость продуктивности работы от наличия благоприятных условий
Тормозной (б)	Умение ждать, выслушивать других, обдуманно отсрочивать выполнение замысла	Явления беспокойства и дезорганизации поведения при необходимости ждать
	Способность переносить боль, жажду, голод и другие лишения	Непереносимость боли, жажды, голода и других лишений
	Сдержанность в выражении чувств и эмоций	Повышенная аффективность, неконтролируемые эмоциональные реакции; чрезмерные жестикуляция и мимика

личности, однако личность в целом и соотношение в ней биологического и социального можно понять только во взаимосвязи всех четырех подструктур: удельный вес социального от первой до четвертой подструктуры падает, а биологического — соответственно возрастает. Динамика взаимодействия биологического и социального в личности в значительной мере определяется путями и способами формирования соответствующих подструктур: для первой это — воспитание, для второй — обучение, для четвертой — тренировка (свойства личности, входящие в третью подструктуру, развиваются на основании трех других). Изучение индивидуальных психологических особенностей сексологического больного (п. 15 карты сексологического обследования) предусматривает выяснение характеристик личности как в порядке хронологического их становления, так и во всем диапазоне их проявления (от наследственно-детерминированных свойств темперамента до приобретенных доминирующих мотиваций и ценностных ориентаций личности). Комплексное изучение личности больного сочетает традиционные приемы индивидуально-биографического обследования с методами структурированного интервьюирования, разработанными социальной психологией. В случаях, когда разделы «Индивидуальные черты характера», «Учеба», «Военная служба», «Социальное продвижение» и таблица невротических проявлений наводят на мысль о наличии психопатических черт или психических нарушений, установление типа ВНД не производится. Во всех других случаях для определения темперамента (типа ВНД) оцениваются характеристики возбудительного и тормозного нервных процессов (табл. 21), их взаимная уравновешенность (табл. 22) и подвижность (табл. 23).

Таблица 22

Критерии уравновешенности основных нервных процессов

Уравновешенность (+)	Неуравновешенность (—)
Сохранение адекватности поведения в неожиданной, сложной и устрашающей обстановке Сохранение эмоционального равновесия и чувства юмора при жизненных неприятностях Устойчивый, ровный фон настроения Способность к длительной концентрации произвольного внимания	Тормозимость или паническое поведение в неожиданной обстановке Гневливость или склонность впадать в уныние при жизненных неприятностях Частые беспричинные смены настроения Неустойчивость произвольного внимания, легкая отвлекаемость, рассеянность Суетливость Неустойчивость сна

Таблица 23

Критерии подвижности основных нервных процессов

Подвижность (+)	Торпидность (—)
Быстрое привыкание к новой обстановке (к новому жизненному стереотипу); легкая приспособляемость к новым условиям (быта, работы, семейного и материального положения)	Медленное привыкание к новой обстановке; затрудненная и медленная приспособляемость к меняющимся условиям (даже лучшим) быта, работы и т. д.
Положительная эмоциональная реакция на основные жизненные перемены (начиная с детства)	Отрицательная эмоциональная реакция на основные жизненные перемены
Способность легко приобретать новые вкусы, потребности, интересы и увлечения и легко отказываться от вредных привычек	Консервативны, противостоят капризам моды и приобретению новых интересов, упорно держатся приобретенных в прошлом привычек (в том числе вредных)
Легкая смена эмоций и настроений	Застревание на малосущественных переживаниях
Подвижность моторики, речевой артикуляции и мышления, легкость и быстрота овладения новыми навыками в процессе обучения	Замедленность моторики, речи и мышления
Быстрота принятия оперативных решений, легкость перехода от замысла к его воплощению	Затяжная фаза «рефлексии» с бесконечными колебаниями и длительной борьбой мотивов
Быстрота засыпания и пробуждения, сон освежает и приносит бодрость	Медленность засыпания и пробуждения, после сна медленно проходящее ощущение упадка сил

Практически, если оценивать последовательно силу возбудительного и тормозного процессов, а затем уравновешенность и подвижность, легче всего определяется *меланхолический* тип. Установление постоянного фона конституциональной слабости возбудительного процесса по сути дела сразу же решает вопрос, так как меланхолик является единственным типом, характеризуемым слабостью возбудительного процесса (табл. 24); остальные показатели, которые при этом типе могут варьировать в довольно широких пределах, на установление типа уже не влияют.

При установлении принадлежности к *холерическому* типу решающим будет выявление врожденной слабости торможения, которая, как правило, коррелирует с неуравновешенностью при достаточно высокой подвижности.

В случаях, когда все три первых качества определяются положительно (что исключает меланхолический и холерический

Таблица 24

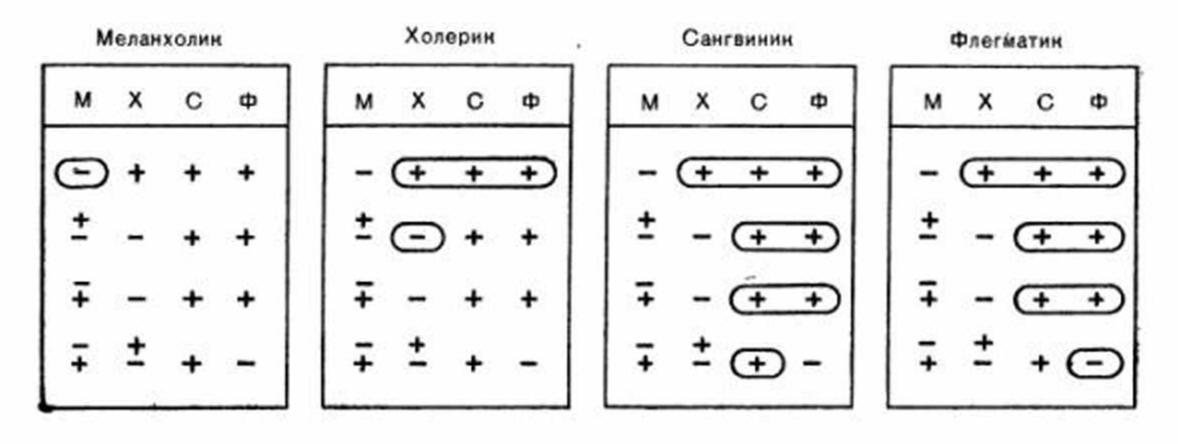
Характеристика основных нервных процессов при различных темпераментах (типах ВНД)

Качества основных нервных процессов	Показатели	Типы ВНД: меланхолик	холерик	сангвиник	флегматик
Сила возбудительного процесса	Настойчивость, выносливость и др. (см. табл. 21,а)	−	+	+	+
Сила тормозного процесса	Терпеливость и др. (см. табл. 21,б)	±	−	+	+
Уравновешенность	Уравновешенность и др. (см. табл. 22)	∓	−	+	+
Подвижность	Отходчивость, переключаемость и др. (см. табл. 23)	∓	±	+	−

Примечание. Пунктир отделяет кардинальные для данного типа признаки от второстепенных; (+) — наличие положительного варианта; (−) — наличие отрицательного варианта; (±) — чаще положительный вариант, но возможен и отрицательный; (∓) — чаще отрицательный, но возможен и положительный.

типы), приходится проводить окончательную дифференцировку между *сангвиническим* и *флегматическим* типами, характеризующимися силой возбудительного и тормозного процессов и их уравновешенностью (см. табл. 24). Критерием, решающим этот вопрос, является оценка подвижности нервных процессов.

Техническая маркировка названных этапов облегчается нанесением на основную сетку полученных при помощи табл. 21—23 этапных результатов в виде овалов. Например:



Пользование предлагаемой схемой при дополнительной опоре на непосредственную оценку речевых и двигательных реакций пациента, получаемых врачом в ходе обследования, а также при выявлении наиболее характерной для обследуемого эмоциональной направленности по П. В. Симонову [220] — ярости для холерика, грусти для меланхолика, лучезарной веселости для

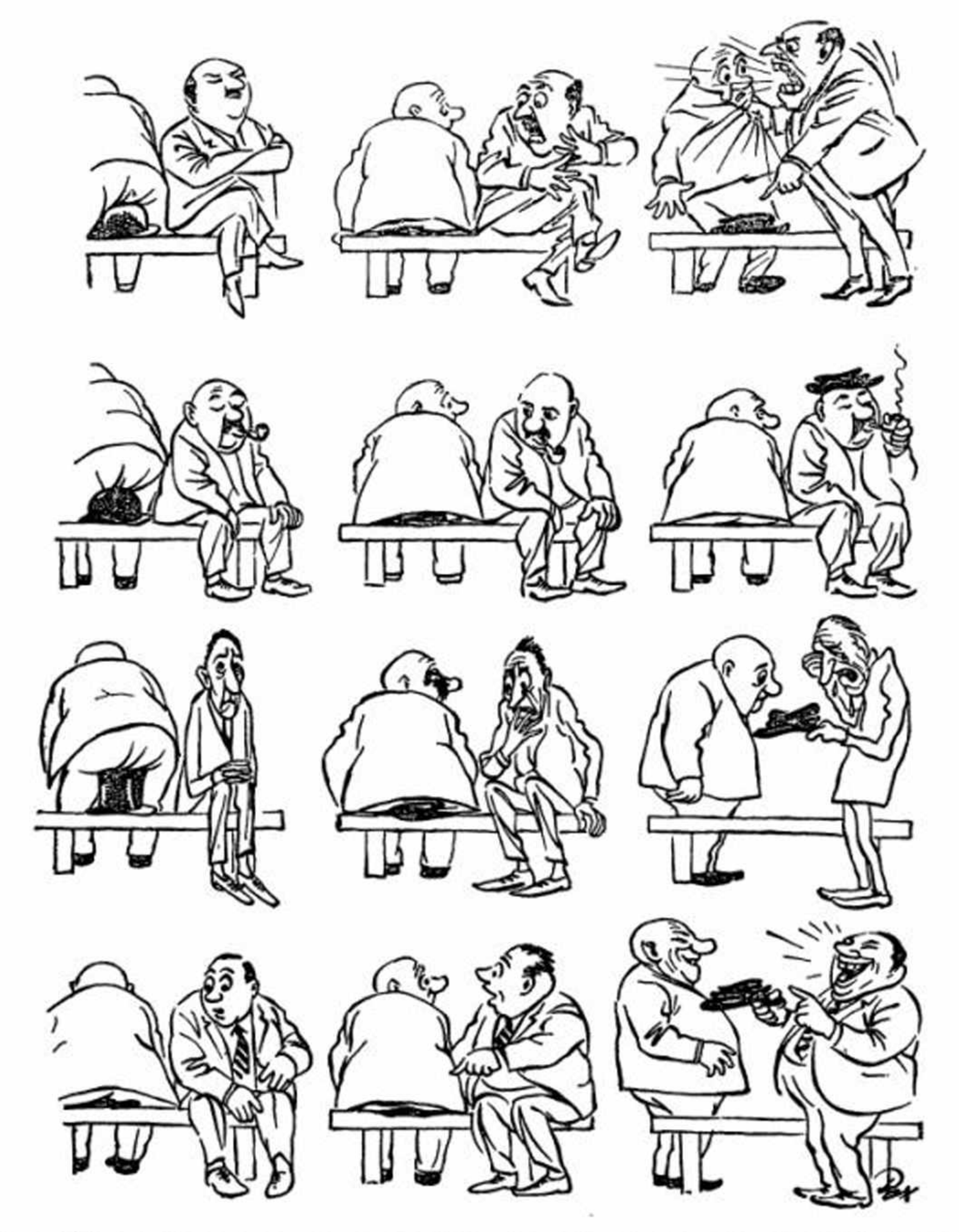


Рис. 61. Типичные эмоциональные проявления представителей различных типов ВНД в стандартной ситуации (сверху вниз): гневливость холерика, олимпийская невозмутимость флегматика, грусть меланхолика и лучезарная веселость сангвиника (рис. Х. Бидструпа).

сангвиника и олимпийского спокойствия для флегматика (рис. 61), позволяет в большинстве случаев выносить обоснованное клиническое суждение о типовой принадлежности темперамента обследуемого.

Принадлежность к художественному, среднему или мыслительному типу маркируется выделением соответствующего определения подчеркиванием либо знаками V или +.

Отсутствие в литературе указаний на количественное соотношение основных темпераментов (типов ВНД) среди практически здоровых людей побудило Г. С. Васильченко, Г. Г. Воробьева и Ю. А. Решетняка провести анализ контингента интеллигенции, проходившей тестирование при комиссии по документалистике Научного Совета по комплексной проблеме «Кибернетика» АН СССР. Было отобрано 300 психологических портретов (150 мужских и 150 женских) специалистов, прошедших тестирование для получения профессиограмм (Г. Г. Воробьев, 1973, 1975). Использование критериев идентификации типа высшей нервной деятельности (сила возбудительного и тормозного процесса, уравновешенности и подвижности) и их соотнесение с результатами тестов на работоспособность, самоконтроль, уравновешенность и живость дало следующие результаты: среди мужчин — сангвиники 11,5%, флегматики — 22,5%, холерики — 29,5%, меланхолики 36,5%; среди женщин — сангвиники 12,5%, флегматики 19,5%, холерики 24,5%, меланхолики 43,5%.

Определение особенностей психических процессов (памяти, внимания и др.), т. е. параметров третьей подструктуры у сексологических больных не производится, они в подавляющем большинстве половых расстройств решающей роли не играют. В тех случаях, когда эти процессы нарушаются, их идентификация производится на уровне психопатологических синдромов (см. ниже — *психический статус*).

Интегральная характеристика второй подструктуры (опыт) складывается из сведений, отражающих социальную зрелость, житейский опыт, навыки и профессиональную выучку обследуемого, и документируется его возрастом, образовательным индексом (сумма лет, пошедших на обучение начиная со школы; так, для пациента, обучавшегося 10 лет в школе, 3 года в техникуме, 5 лет в вузе и 3 года в аспирантуре индекс равняется 21), культивируемыми им видами спорта (§ 14), профессией, занимаемой должностью и динамикой социального продвижения.

Подраздел «Военная служба» (§ 15) в некоторых случаях облегчает выявление маскируемых многими обследуемыми психопатических проявлений.

Однако из всех 4 выделенных К. К. Платоновым подструктур для сексопатолога наибольшее значение имеет характеристика первой подструктуры — н а п р а в л е н н о с т и л и ч н о с т и. В ходе клинико-физиологических исследований последнего времени установлено, что субстратом наиболее существенных общих свойств нервной организации являются системы мотивации и, в частности, мотивационно-эмоциональные аспекты личности [221, 486]. В свою очередь «именно иерархическая система ценностных ориентаций является ... сугубо личностным выражением мотивации...» [206].

Наряду с традиционной классификацией ценностей соответственно сферам общественной жизни (религиозные, этические, эстетические, логические, экономические и др.), существует другой аспект рассмотрения ценностей. Для сексолога наиболее важный аспект — функциональный, выделяющий ту роль, которую ценности играют в поведении — здесь ценности выступают как мотивы для выбора из имеющихся альтернатив действия. При этом подчеркивается роль ценности как организатора действия и, таким образом, ценность выступает как интегрирующий элемент (в одних случаях — социальной системы, в других — отдельной личности), отражаясь в установках и направленности личности.

В существующей системе иерархии ценностей одна или несколько ценностей определяют все остальные. Например, если на вершине иерархии располагается ценность жизни, то, следовательно, будут ценимы здоровье, рождение и т. д., а если на вершине — творчество, то наиболее ценимыми будут новизна, оригинальность, вдохновение и т. д. Главное же, что высшей ценностью не будут пренебрегать ради низших.

В применяемой нами методике обследования *направленность личности* (первая подструктура) идентифицируется по доминирующей мотивации, шкале ценностных ориентаций и характеристике использования свободного времени (досуга).

В подразделе «Доминирующая мотивация» карты сексологического обследования горизонтальной стрелкой слева от соответствующей цифры обозначается та мотивация, ради которой обследуемый при необходимости выбора жертвует другими.

Определяя уровень доминирующей мотивации, подчас нет необходимости прибегать к словесной коммуникации: так, второй уровень в подавляющем большинстве случаев устанавливается по наличию таких объективных аксессуаров престижности, как костюм по самой последней моде, дамская прическа у представителя мужского пола, дымчатые «светозащитные» очки (носимые и в дождь, и в вёдро) и чемодан-портфель «дипломат».

В подразделе «Шкала ценностных ориентаций» цифрами от 1 до 5 обозначаются в порядке убывающей значимости те ценности, которые в жизни пациента составляют его работа, устройство быта, культурные интересы, сексуальная сфера и хобби.

Характеристика использования досуга в карте сексологического обследования обозначается следующим образом: двумя чертами подчеркивают тот вид использования свободного времени, который обследуемый всегда предпочитает; одной чертой — тот вид, который диктуется обстоятельствами (уступка близким людям, стремление не отстать и т. д.), и не подчеркивают ту разновидность, которой обследуемый чаще пренебрегает.

Оценивая направленность личности в динамике, следует учитывать, что одним из главных факторов, формирующих направленность, является успех либо неуспех предпринимаемых действий, которые и ведут соответственно либо к стабилизации, либо к изменению ценностной ориентации. В последнем случае возникают и развиваются деформированные, как правило, более примитивные потребности (в приеме алкоголя, нетрудовом образе жизни, преходящих сексуальных увлечениях). Анализируя механизмы ранних сексуальных проявлений у девочек с резидуальными органическими поражениями ЦНС, Л. Н. Поперечная [187] доказала необоснованность утверждений о спонтанности раннего пробуждения у них полового влечения: в подобных случаях вначале возникает лишь «поисковое поведение», благодаря которому минимальные эротизирующие воздействия (как правило, не сказывающиеся на судьбе здоровой девушки) легко пробуждают именно сексуальные интересы как более примитивные и приводят к стойкой фиксации на сексуальной сфере. Становясь же «опредмеченной», сексуальная потребность оттесняет все другие, выходя на первое место в шкале ценностных ориентаций, определяет всю направленность личности такой девушки-подростка.

В заключение необходимо подчеркнуть, что структура личности — не фатально предопределенная сумма унаследованных генетических свойств, а интегральный сплав наследственных свойств и всего образа жизни человека, формируемого самим индивидуумом по принципу: «Посейте поступок — и вы пожнете привычку, посейте привычку — и вы пожнете характер...» При учете сказанного — определение структуры личности требует не только концентрации душевных сил, но и мужества (при этом — как от обследуемого, так и от производящего обследование). Процедура обследования не может не порождать своеобразной «прикидки» на самого себя, мобилизуя в ряде случаев механизмы «психологической защиты» (Ф. В. Бассин, В. Е. Рожнов, М. А. Рожнова, 1974). Так, например, хотя профессиональная работа в науке немыслима без саморазвития (ибо нельзя двигать вперед, т. е. развивать науку, не развиваясь самому), многие научные сотрудники (в особенности — женщины), проводя обследование сексологического больного по шкале «Использование досуга», могут увидеть, что в их собственном досуге развитие оказалось вытесненным домашними (бытовыми) заботами, отдыхом и развлечениями, а в их собственной шкале ценностных ориентаций профессиональные и культурные интересы оттеснены далеко вниз тем же бытом, хобби (в виде автомобильного или лодочного туризма) и заботами о собственном здоровье.

Учитывая важность установления индивидуальных особенностей ценностных ориентаций для диагностической и лечебной практики сексопатолога, ниже представлены два клинических

примера парных наблюдений, иллюстрирующих некоторые приемы, которыми приходится оперировать в сфере рассматриваемых понятий.

Наблюдение 18—19. Научный работник Н., заведующий кафедрой, 53 лет, женат на 38-летней женщине. В отделение обратился по поводу затруднений эрекции, хотя настоятельное половое желание возникает у него несколько раз в неделю. До этого лечился у двух врачей (невропатолога и сексопатолога), но без эффекта. Оба супруга в течение полугода состоят в повторном браке. Сам пациент в возрасте 27 лет женился на девушке того же возраста, прожил с ней в благополучном браке 24 года и имеет взрослого сына. О состоянии своей половой сферы никогда не задумывался, так как «все было нормально» и отношения с женой основывались на «высоком взаимном уважении». Два года назад жена умерла от острого хирургического заболевания. Через $1^1/_2$ года вступил в повторный брак.

Супруга пациента начала половую жизнь в 20 лет, когда, еще будучи, студенткой, вышла замуж за однокурсника. Ее муж, проживавший до этого в общежитии, переехал к жене, хотя ее родители относились к нему крайне недружелюбно. Это недружелюбие постепенно перешло во вражду, жена была на стороне мужа, но вступать в конфликт с родителями она не решилась. Через год муж от нее ушел, а через 3 года оформил развод. Она продолжала жить с родителями, которые сначала ее не беспокоили, а затем «загорелись идеей замужества», от которого она уклонялась (так как сама нисколько от своего одиночества не страдала). Когда, однако, при активном участии тех же родителей было устроено знакомство с овдовевшим профессором и тот сделал ей предложение, она ответила согласием, надеясь в повторном замужестве, избавившись, наконец, от родительской опеки, обрести покой.

Первые менструации у нее начались в 16 лет, но с тех пор идут регулярно. До первого брака никаких близких отношений ни с кем не имела и интереса к мужчинам до встречи с первым мужем не испытывала. Чувство к первому мужу было сильное («пришло как наваждение»), интимные отношения с ним она переживала как праздник, но при всем этом оргазма никогда не было (удовлетворение явно протекало на уровне чисто психологической сатисфакции).

Ко второму мужу у нее претензий нет. Он ее очень уважает. Затруднения в интимной сфере у них начались буквально с первой близости. Хотя второй брак не был «наваждением» и сильного чувства она не испытывала, она сразу же включилась в игру, а вот супруг повел себя странно —«не как настоящий мужчина», что ее рассмешило, а его видно, обидело... Из ответа на вопрос, в чем заключалось «немужское» поведение второго супруга, выяснилось, что в первом браке получилось так, что с первой близости, когда она, устрашенная приближением чего-то неизвестного, начала сопротивляться и даже заплакала, это привело мужа в сильную ярость и он взял ее очень грубо. Потом, хотя она больше уже и не испытывала прежнего страха, муж «нарочно нагонял» на нее страх с тем, чтобы заставить ее уклоняться, что приводило его в сильное возбуждение, и так это превратилось у них в своеобразную игру, без которой оба не представляли себе радости от интимной близости (у нее во всяком случае момент кульминации, когда она испытывала сладостное замирание, падал именно на эту «игру», а все то, что за этим следовало в собственно половом акте, ничего к этому не прибавляло).

Приготовившись к той же игре со вторым мужем, она при первом же его прикосновении сжалась в комок, спрятала голову в подушку и, чувствуя начало знакомого замирания, ожидала, что муж, «как настоящий мужчина», начнет наносить ей удары по ягодицам и щипать ее.

Когда же вместо всего этого он начал «ласкаться, как котенок», она вдруг громко расхохоталась. Он сперва обиделся, но потом простил ее. Поняв, что ему нужно, она в последующем отдавалась ему пассивно, но, принимая его ласки, она всякий раз не могла не испытывать презрения к нему, и он, как она полагает, всякий раз это чувствовал.

Наблюдение 20—21. Тридцатилетний искусствовед А., состоящий в браке с 28 лет, был направлен для лечения простатита. При первичном обследовании кроме незначительного ускорения эякуляций никаких отклонений нет. Когда ему были заданы вопросы, касающиеся жены, выражение его лица резко изменилось: если о самом себе он рассказывал очень охотно и с явным удовольствием (вплоть до деталей техники онанистических актов), то первый же вопрос о жене вызвал заметную гримасу недоумения. Пробудилась ли у нее сексуальность? Он этим просто не интересовался. И какое это может иметь значение... Когда же по окончании первичного обследования ему был задан вопрос: как по его мнению отнеслась бы его супруга к необходимости посетить отделение, он опять изумился,— что значит как бы она отнеслась,— раз надо, значит придет... И когда ему сказали — но ведь она работает, а посещение возможно только в рабочее время, он тут же ответил: «Ничего — отпросится, а если нужно будет — потом отработает».

Супруга пациента, 26 лет, техник-полиграфист. Родившись первым ребенком в малообеспеченной семье с деспотичным отцом, желавшим иметь «настоящего» наследника мужского пола, и безответной матерью, она с самых ранних лет испытывала на себе отцовскую ненависть. Когда ей было 5 лет, родился долгожданный мальчик, ее превратили в няньку, и что бы с мальчиком ни случилось, во всем оказывалась виноватой она. Единственной отрадой ее горемычного существования было чтение книг, и «по-настоящему» она жила в мире грез, навеянных книгами. В школе она училась очень хорошо, была первой ученицей, но, торопясь как можно раньше избавиться от материальной зависимости, поступила в ремесленное училище, жила в общежитии и как венец огромных усилий получила диплом техника-полиграфиста, который обеспечил ей независимое существование.

Первые менструации начались у нее на 13-м году. Незадолго до этого она пережила первую влюбленность в преподавателя, затем, увидев его пьяным, испытала разочарование. Затем очень часто переживала в фантазиях «тайную влюбленность» в кого-нибудь из ближайшего окружения, но ее герои своим поведением постоянно низводили себя с того пьедестала, на который она их ставила. Когда она повзрослела и мужчины начали оказывать ей внимание, она «взяла себя в руки», не позволяя своим любовным грезам определять поступки, усвоив из своего жизненного опыта, что «жизнь безжалостно топчет тех, кто упал». И все же в 23 года она «поскользнулась». Познакомившись в библиотеке с молодым искусствоведом, она пыталась удерживаться на грани концерт — кафе — прогулки, но через несколько месяцев перешла эту грань. Сейчас она понимает, что это было не увлечение, а настоящая любовь и эта любовь захлестнула ее целиком. Ее избранник в то время заканчивал аспирантуру и готовил диссертацию. Ему нужно было помогать в работе, и она помогала ему—составляла библиографию, переписывала на машинке тексты на русском и английском языках (с последним она была поверхностно знакома), а также на совсем ей незнакомом французском языке.

Постепенно она начала очень четко видеть недостатки своего кумира, но это не изменило ее отношения к нему («Этим, по-видимому,— заключила она,— настоящая любовь и отличается от влюбленности, что когда любишь — любишь человека таким, какой он есть, со всеми его недостатками»). Был момент, когда она ожидала, что он оставит ее — он удовлетворил свое мужское любопытство, самолюбие тоже, привык к ней, иногда явно тяготился ее близостью, что же касается ее помощи,

то диссертация была защищена и он мог обойтись и без ее услуг. А защитив диссертацию и получив диплом кандидата наук, он сразу стал совсем другим: раньше в нем было что-то от милого щенка, он тянулся к чему-то, а после этого он стал любоваться всем, что он делает. Но он почему-то не только не оставил ее, но и предложил ей выйти за него замуж. С тех пор прошло 2 года. Счастлива ли она? В то время когда она помогала ему с диссертацией, она начала изучать французский язык, чтобы лучше помогать ему. А теперь она изучает французский для себя.

Когда ей деликатно объясняют, что врача интересует не только это, но и другое — доставляют ли ей радость моменты интимной близости с супругом, она отвечает: да, у нее было полное удовлетворение, оргазм в полном смысле, со спазмами мышц, но только до замужества и в первые дни после него, а потом это кончилось. По-видимому, с тех пор, как она поняла, что она для него не человек, а только инструмент для избавления от угнетающей его похоти.

Почему молодой кандидат наук не оставил в тот критический период свою подругу, а даже предложил ей стать его женой, он объяснил сам. Да, у него в то время мелькала такая мысль. Но он не так глуп. Где вы еще найдете такую жену в наш XX век? У нее все горит в руках — всегда чисто, всегда все сделано, не успеет начать уже кончила. Почти все умеет, что полезно, а если не умеет — возьмет и выучит — быстро и хорошо, и все, что усвоит, делает не по-любительски, а как профессионал. А как женщина — ведь красавица, вы ведь не станете этого отрицать?

И тут мы задаем ему вопрос: а как он думает: счастлива ли она в браке — и вновь читаем на его лице самое неподдельное недоумение.

Итак, 4 человека, объединяемых общим радикалом — страданием, хотя каждый страдает по-своему. С известной мерой условности их страдания можно разделить на физические и психологические. Физически страдают все четверо: мужчина из первого наблюдения жалуется на затруднения эрекции, второго беспокоит ускоренное наступление эякуляций и, наконец, у обеих женщин утрачена та мера физического удовлетворения, которая была им доступна в прошлом. Нельзя, однако, не видеть, что по крайней мере у 3 из них (первой супружеской пары и у жены А.) эти физические страдания обусловлены причинами чисто психологическими. Более того, в основе расстройств у всех троих лежит единый патогенетический механизм, обозначаемый в социальной психологии термином *фрустрированная экспектация*[1]. Так, в наблюдении 18—19 у женщины в первом браке выработался стойкий стереотип сексуального поведения с элементами мазохизма. Со временем он утверждается в ее сознании как эталон сексуального поведения и, вступив во второй брак, женщина ожидает, что и ее второй муж будет вести себя соответствующим образом. И когда он ведет себя вопреки ее ожиданию (экспектации), возникает психологическая фрустрация, которая блокирует не только психологические, но и физиологические механизмы сексуального удовлетворения.

---

[1] Экспектация — ожидаемая форма поведения.

Фрустрированная экспектация развивается и у ее супруга. Привыкнув к взаимной нежности в условиях интимной близости, он поначалу не может понять поведения второй жены. В дальнейшем он чувствует, что жена его презирает, и это презрение достигает наивысшей точки именно в минуты интимной близости. Эта постоянная психосексуальная фрустрация в конечном счете начинает блокировать более элементарные физиологические механизмы эрекции.

Если у первой пары пациентов фрустрированные экспектации ограничиваются по существу только сексуальной сферой, то поистине трагический оттенок приобретает обманутые ожидания жены А. Хотя формальный уровень ее образования невысок, по своей природной одаренности, как интеллектуальной, так и в особенности по уровню нравственных требований, она резко выделяется из рассматриваемой четверки. В течение ряда лет она стремилась к тому, чтобы отстоять и утвердить свое человеческое достоинство, а в результате оказалась перед фактом, что даже самый близкий, как ей казалось, человек видит в ней не больше чем рабочую лошадь и инструмент для снятия сексуального напряжения. Ее муж страдает главным образом физически (его ускорение эякуляции обусловлено типично соматическим поражением — простатитом), а от страданий психологических он надежно защищен толстой броней эгоизма и самовлюбленности.

Представленные выше парные наблюдения позволяют уяснить значение тех аспектов шкалы ценностных ориентаций личности, которыми приходится оперировать врачу-сексопатологу.

Каждый человек является носителем определенного круга интересов и устремлений, различающихся от одной личности к другой по широте и интенсивности. Этот круг наряду с интересами самыми простыми, связанными с удовлетворением элементарных потребностей, диктуемых необходимостью поддержания жизни (прежде всего—утоление голода и жажды), может включать и самые высокие культурные, творческие и общественные интересы и устремления. Чем заполняется круг интересов отдельного конкретно взятого человека, определяется сложнейшим взаимодействием факторов внешних, социальных, и факторов внутренних, личностных: с одной стороны Тарас Шевченко, сын крепостного крестьянина, несмотря на казарменные условия царского самодержавия и тяжелейшие личные невзгоды, становится всемирно известным художником и поэтом, бесстрашным выразителем самых сокровенных дум своего народа, а с другой стороны, легионы обывателей, живущих в самых благоприятных социально-экономических условиях, ухитряются заполнить весь круг своего существования удовлетворением чисто вегетативных потребностей, задавить свою жизнь петлей стяжательства.

Проводя сексологическое обследование, сексопатолог прежде всего обязан установить, какое место среди других интересов обследуемого занимает сексуальная сфера. Человек может полностью подавить эту сторону своего существования, как Исаак Ньютон, подчинивший всю свою жизнь безраздельному служению науке; другой же, болезненно гипертрофируя роль сексуальности, придает ей значение самодовлеющей амбиции, превращает в своеобразный вид спорта (нарицательная фигура Дон Жуана).

Однако, идентифицируя относительную значимость и качественную характеристику сексуальной сферы в системе индивидуальных ценностей личности, сексопатолог не должен ограничиваться изолированным рассмотрением этой сферы, вырывать ее из контекста всей системы взглядов личности, ибо это чревато опасностью допущения как диагностических, так и психотерапевтических просчетов.

Как уже говорилось, в первом из двух рассмотренных наблюдений индивидуальная психологическая несовместимость супругов по существу ограничивается рамками специфически-сексуальными: в общечеловеческом плане у них особых расхождений нет, и если бы не столкновение двух стереотипов — садомазохистического жены и нежно-уважительного мужа, совместное существование супружеской пары сложилось бы вполне терпимо. Здесь линии психотерапевтического воздействия обрисованы достаточно четко, и квалифицированный сексопатолог располагает необходимым арсеналом приемов для перестройки обоих стереотипов. Совсем другого рода конфликт, хотя и замаскированный (так, что муж даже не отдает себе отчета о его наличии), привел к полному отчуждению жены во втором наблюдении. Здесь индивидуальная психологическая несовместимость, хотя на данном этапе и односторонняя, выходит далеко за рамки сексуального сектора, и этот последний блокируется у жены именно с того момента, когда она в полной мере осознает моральное ничтожество мужа. Если в первом наблюдении две шкалы ценностных ориентаций сталкиваются лишь теми своими участками, которые представляют специфически сексуальные экспектации, то во втором наблюдении для жены оказывается внутренне неприемлемой вся шкала ценностных ориентаций ее мужа в целом (и специфически сексуальный участок при этом парализуется лишь вторично).

Исследование межличностных отношений у сексологических больных

В ходе сексологического обследования часто возникает необходимость сопоставления индивидуальных особенностей мужа и жены с акцентом на их *психологической совместимости*. Если

бегло перебрать возможные варианты на самом элементарном уровне — уровне четвертой подструктуры, то можно ожидать, что из однотипных сочетаний наиболее благоприятными окажутся наличие у мужа и жены сангвинического или флегматического темперамента и наименее благоприятным — столкновение двух холериков. В свою очередь можно ожидать, что из разнотипных сочетаний неуравновешенность холерического темперамента у одного из супругов будет компенсирована покладистостью флегматика или чувством юмора сангвиника. Поскольку, однако, психологическая несовместимость произрастает на почве многих личностных особенностей, сексопатолог оказывается перед необходимостью выбора методики, наиболее адекватно выявляющей черты индивидуальной несовместимости и отвечающей специфике сексологических расстройств [68].

Нами за основу несколько модифицированной методики был взят тест многоаспектной квантификации межличностных отношений Лири [431]. Особенностью методики является то, что каждый обследуемый (обследуемая) при заполнении опросника характеризует наличие тех или иных психологических качеств у самого себя, у супруги, у своего отца, у своей матери, а также отмечает те качества, которыми он сам хотел бы обладать, качества, которые хотел бы видеть у своей супруги, и наконец, выделяет черты, которыми, по его представлению, супруга должна характеризовать его самого. Тем самым рассматриваемая методика обеспечивает интерпретацию как в клиническом, так и в микросоциальном плане, характеризуя, например, наряду со степенью выраженности контактных свойств личности ее уровни притязаний, индивидуальные экспектации и т. д., и из широкого набора ожидаемых и имеющихся в действительности резонирующих и диссонансных линий взаимодействия характеризует микросоциальный климат в семье, а в ряде случаев, бросая свет на ранние этапы развития, позволяет выявить психосоциальные этиологические факторы различных деформаций личности (например, наличие властной деспотичной матери и робкого слабовольного отца). Таким образом, описываемая методика определяет зоны сильнейших конфликтов, и в то же время является многоаспектной.

Независимо от теоретических позиций самого Лири получаемые посредством его методики результаты можно объяснить прежде всего на основе принципа доминанты А. А. Ухтомского [251], в частности положения о значении иерархического порядка господства того или иного процесса или свойства [252], что позволяет квантифицированно характеризовать личность.

Ниже представлена тест-карта по исследованию межличностных отношений, заполненная по 4 аспектам (I—IV) одним из больных:

Ф. И. О. . . . .
Дата . . . .

Поставьте знак + против тех определений, которые соответствуют характеристике (если нет полной уверенности, знак + не ставьте)	Я	Каким я хотел бы быть	Моя жена	Мой идеал жены	Я в мнении жены	Мой отец	Моя мать
	I	II	III	IV	V	VI	VII
1. Другие думают о нем благосклонно			+				
2. Производит впечатление на окружающих	+	+		+			
3. Умеет распоряжаться, приказывать		+	+				
4. Умеет настоять на своем		+	+				
5. Обладает чувством достоинства	+	+	+	+			
6. Независимый		+					
7. Способен сам позаботиться о себе		+	+				
8. Может проявить безразличие							
9. Способен быть суровым		+	+				
10. Строгий, но справедливый		+					
11. Может быть искренним	+	+					
12. Критичен к другим	+	+	+				
13. Любит поплакаться		+					
14. Часто печален							
15. Способен проявлять недоверие	+			+			
16. Часто разочаровывается							
17. Способен быть критичным к себе	+	+		+			
18. Способен признать свою неправоту							
19. Охотно подчиняется				+			
20. Уступчивый	+			+			
21. Благодарный							
22. Восхищающийся, склонный к подражанию							
23. Уважительный		+					
24. Ищущий одобрения	+		+	+			
25. Способный к сотрудничеству, взаимопомощи	+	+	+	+			
26. Стремится ужиться с другими	+						
27. Дружелюбный, доброжелательный	+			+			

Продолжение

Поставьте знак + против тех определений, которые соответствуют характеристике (если нет полной уверенности, знак + не ставьте)	Я	Каким я хотел бы быть	Моя жена	Мой идеал жены	Я в мнении жены	Мой отец	Моя мать
	I	II	III	IV	V	VI	VII
28. Внимательный, ласковый	+			+			
29. Деликатный				+			
30. Ободряющий							
31. Отзывчивый к призывам о помощи		+	+				
32. Бескорыстный	+			+			
33. Способен вызывать восхищение		+					
34. Пользуется у других уважением		+	+				
35. Обладает талантом руководителя		+	+				
36. Любит ответственность			+				
37. Уверен в себе							
38. Самоуверен, напорист			+				
39. Деловитый, практичный		+		+			
40. Любит соревноваться							
41. Стойкий и крутой, где надо		+					
42. Неумолимый, но беспристрастный		+					
43. Раздражительный							
44. Открытый, прямолинейный	+	+	+				
45. Не терпит, чтобы им командовали							
46. Скептичен							
47. На него трудно произвести впечатление							
48. Обидчивый, щепетильный							
49. Легко смущается				+			
50. Неуверенный в себе				+			
51. Уступчивый				+			
52. Скромный				+			
53. Часто прибегает к помощи других							
54. Очень почитает авторитеты							
55. Охотно принимает советы	+						
56. Доверчив и стремится радовать других	+		+				

Поставьте знак + против тех определений, которые соответствуют характеристике (если нет полной уверенности, знак + не ставьте)	Я	Каким я хотел бы быть	Моя жена	Мой идеал жены	Я в мнении жены	Мой отец	Моя мать
	I	II	III	IV	V	VI	VII
57. Всегда любезен в обхождении	+						
58. Дорожит мнением окружающих	+						
59. Общительный, уживчивый	+	+					
60. Добросердечный	+			+			
61. Добрый, вселяющий уверенность	+			+			
62. Нежный, мягкосердечный	+			+			
63. Любит заботиться о других							
64. Бескорыстный, щедрый							
65. Любит давать советы	+	+	+				
66. Производит впечатление значительности		+	+				
67. Начальственно-повелительный		+	+				
68. Властный		+	+				
69. Хвастливый							
70. Надменный, самодовольный							
71. Думает только о себе							
72. Хитрый, расчетливый							
73. Нетерпим к ошибкам других							
74. Своекорыстный							
75. Откровенный	+						
76. Часто недружелюбен			+				
77. Озлобленный							
78. Жалобщик							
79. Ревнивый							
80. Долго помнит обиды							
81. Самобичующий							
82. Застенчивый				+			
83. Безынициативный							
84. Кроткий				+			
85. Зависимый, несамостоятельный							
86. Любит подчиняться							
87. Предоставляет другим принимать решения	+			+			

Поставьте знак + против тех определений, которые соответствуют характеристике (если нет полной уверенности, знак + не ставьте)	Я	Каким я хотел бы быть	Моя жена	Мой идеал жены	Я в мнении жены	Мой отец	Моя мать
	I	II	III	IV	V	VI	VII
88. Легко попадает впросак							
89. Легко поддается влиянию друзей							
90. Готов довериться любому							
91. Благорасположен ко всем без разбора	+						
92. Всем симпатизирует	+						
93. Прощает все				+			
94. Переполнен чрезмерным сочувствием	+						
95. Великодушен, терпим, к недостаткам	+			+			
96. Стремится покровительствовать	+						
97. Стремящийся к успеху		+					
98. Ожидает восхищения от каждого			+				
99. Распоряжается другими		+	+				
100. Деспотичный		+	+				
101. Сноб (судит о людях по рангу и достатку, а не по личным качествам)	+						
102. Тщеславный			+				
103. Эгоистичный							
104. Холодный, черствый							
105. Язвительный, насмешливый			+				
106. Злой, жестокий			+				
107. Часто гневлив			+				
108. Бесчувственный, равнодушный			+				
109. Злопамятный							
110. Проникнут духом противоречия							
111. Упрямый			+				
112. Недоверчивый, подозрительный							
113. Робкий				+			
114. Стыдливый							
115. Отличается чрезмерной готовностью подчиняться				+			
116. Мягкотелый							

Поставьте знак + против тех определений, которые соответствуют характеристике (если нет полной уверенности, знак + не ставьте)	Я	Каким я хотел бы быть	Моя жена	Мой идеал жены	Я в мнении жены	Мой отец	Моя мать
	I	II	III	IV	V	VI	VII
117. Почти никогда и никому не возражает							
118. Навязчивый							
119. Любит, чтобы его опекали							
120. Чрезмерно доверчив							
121. Стремится снискать расположение каждого							
122. Со всеми соглашается							
123. Всегда дружелюбен	+		+				
124. Всех любит							
125. Слишком снисходителен к окружающим							
126. Старается утешить каждого	+						
127. Заботится о других в ущерб себе	+						
128. Портит людей чрезмерной добротой							

В предлагаемой модификации анкета построена так, что все вопросы группируются в 8 *октант*, отражающих различные психологические профили:

1-я октанта — вопросы 1—4, 33—36, 65—68 и 97—100.
2-я октанта — вопросы 5—8, 37—40, 69—72, и 101—104.
3-я октанта — вопросы 9—12, 41—44, 73—76 и 105—108.
4-я октанта — вопросы 13—16, 45—48, 77—80 и 109—112.
5-я октанта — вопросы 17—20, 49—52, 81—84 и 113—116.
6-я октанта — вопросы 21—24, 53—56, 85—88 и 117—120.
7-я октанта — вопросы 25—28, 57—60, 89—92 и 121—124.
8-я октанта — вопросы 29—32, 61—64, 93—96 и 125—128.

Октанты заключают в себе качества, которые характеризуют следующие психологические *тенденции*: 1) тенденцию к лидерству — властность — деспотичность; 2) уверенность в себе — самоуверенность — самовлюбленность; 3) требовательность — непримиримость — жестокость; 4) скептицизм — упрямство — негативизм; 5) уступчивость — кротость — пассивную подчиняемость; 6) доверчивость — послушность — зависимость; 7) добросердечие — несамостоятельность — чрезмерный конформизм; 9) отзывчивость — бескорыстие — жертвенность.

Если первая степень качества в каждой тенденции характеризует адаптивный вариант (тенденция к лидерству, уверенность в себе, требовательность, скептицизм, уступчивость, доверчивость, добросердечность, отзывчивость), то усугубление соответствующей линии до третьей степени представляет вариант дезадаптационной (деспотичность, самовлюбленность, жестокость, негативизм, пассивная подчиняемость, зависимость, чрезмерный конформизм, жертвенность).

При обработке подсчитывается количество положительных ответов в каждой из 8 октант (с записью соответствующих числовых данных по каждому из исследуемых аспектов во вспомогательную таблицу).

Вспомогательная таблица к наблюдению 22

(аспекты I, II, III и IV по анкете, заполненной мужем, V и VI — по анкете, заполненной женой)

Аспекты / Октанты	I	II	III	IV	V	VI
1	2	13	13	1	10	1
2	2	4	4	2	4	2
3	4	7	8	0	5	3
4	1	1	1	1	2	2
5	2	1	0	11	1	2
6	4	1	2	3	3	5
7	11	3	1	4	2	9
8	8	1	1	6	1	12

На следующем этапе полученные цифры откладываются в соответствующем секторе круга (максимальный радиус которого 16 единиц) и внутренняя часть полученного сектора заштриховывается. При этом вычерчивается отдельная диаграмма на каждый из задававшихся данному обследуемому аспектов («я», «каким я хотел бы быть», «моя жена» и т. д.). На рис. 62 показаны образцы диаграмм, полученные при исследовании по 6 аспектам. Заключительным этапом является клиническая интерпретация полученных данных.

Для демонстрации значения данной методики при диагностике и лечении половых расстройств приводим следующее клиническое наблюдение.

Наблюдение 22. Д-в, 39 лет.

СФМ: 322/221/220/2—7/5/4/2—18.

Обратился с жалобами на быстрое семяизвержение. Себя считает больным на протяжении полугода. Последний месяц жена стала отказываться от близости, иногда даже после взаимных предварительных ласк. После таких эпизодов возникали неприятные ощущения в

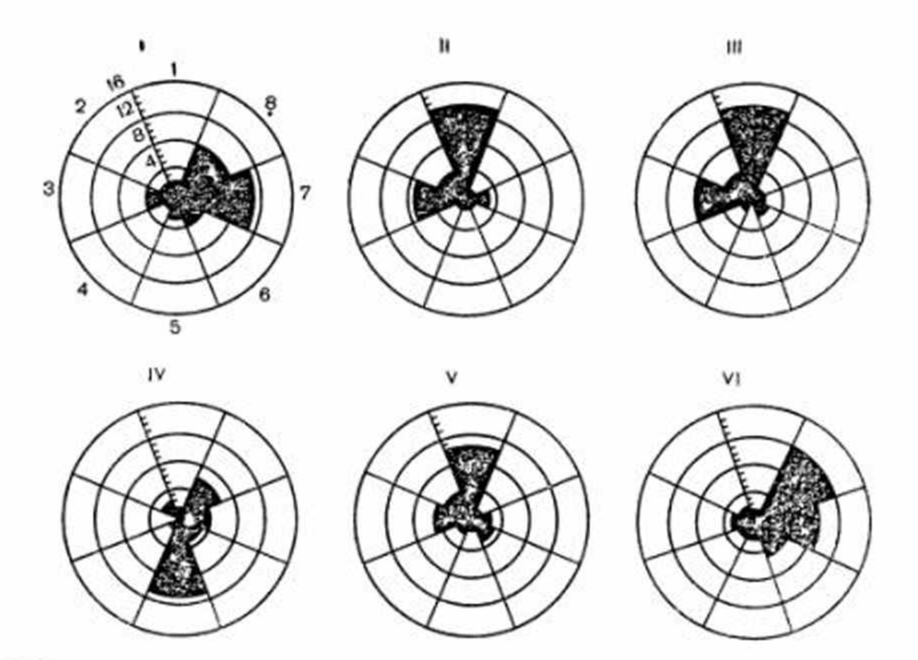


Рис. 62. Диаграммы исследования по шести аспектам межличностных отношений супругов Д. (I—IV по показаниям мужа, V—VI—по показаниям жены):

I — самохарактеристика мужа; II — аспект «Каким я хотел бы быть»; III — «Моя жена» (по характеристике мужа); IV — идеальная жена по представлению мужа; V — самохарактеристика жены; VI — «Мой муж» (по характеристике жены).

пояснице и в промежности. Обращался к урологу, был диагностирован простатит, в связи с чем проводились инъекции магнезии с новокаином и гемотерапия. Изменений в длительности полового акта не отмечал.

Половое влечение с 15 лет. Первый оргазм в 17 лет при ночной поллюции. В молодости изредка имели место и адекватные дневные поллюции. Онанизм отрицает. Периоды частых фрустраций до брака сопровождались поллюциями в ближайшую ночь. Половая жизнь с 18 лет с женщиной 23 лет. Длительность первого полового акта значительно большая, чем в настоящее время.

Женат с 32 лет на женщине, имевшей опыт добрачной половой жизни. В первый год совместной жизни совершал 1—2 акта в неделю. Со второго года брака из-за плохих отношений с женой ритм стал урежаться до 1 сношения в 2 нед. В этот период имел внебрачную связь (однократное сношение, при котором после длительного периода фрустраций эякуляция произошла через 3—5 фрикций). Эксцессы до 4, последний 2 года назад.

Последний половой акт за 3 мес до обследования; в то время после полуторамесячной абстиненции (в связи с командировкой) пациент провел акт продолжительностью около 20 фрикций, но жена начала упрекать его в неверности, так как по опыту знала, что после разлуки акт всегда заканчивался очень быстро.

На протяжении последних 4 лет — частые периоды абстиненций, сопровождавшиеся поллюциями. Последняя поллюция — около года назад. В настоящее время появилась дефекационная простаторея. Поллакиурия. На протяжении всей жизни предохранение прерванным половым актом.

Алкоголь употребляет редко. Эрекция при этом ухудшается, а длительность полового акта существенно не изменяется.

Объективно: рост 170 см, вес 68 кг, нормостенического сложения с трохантерным индексом 1,93. Вторичные половые признаки по мужскому типу. Половой член: длина 10 см, окружность 9,5 см. Явления ва-

рикоза в правом семенном канатике. Ректально: контуры предстательной железы нечеткие, левая доля больше правой, при пальпации железа болезненна. Центральная бороздка сглажена. После нескольких поглаживающих движений выделяется большое количество секрета. В анализе простатического сока: лейкоцитов 18—20, умеренное количество лецитиновых зерен.

Неврологический статус без особенностей.

Психика: настроение ровное, адекватное. К концу беседы заметны признаки явного утомления.

Предварительный диагноз: абстинентная форма преждевременного семяизвержения, осложненная хроническим простатитом.

План терапевтических мероприятий:

1. Рекомендовано участить ритм половых актов (примерно до 1—2 раз в неделю).
2. Массаж предстательной железы (15 сеансов) через день.
3. Микроклизмы с йодидом калия в подогретом виде на ночь.
4. После 4—5 сеансов массажа начать хлорэтиловые блокады, 8—10 на курс.

Через 6 нед больной сообщил, что не может реализовать первый пункт лечения и поэтому решил посоветоваться в отношении целесообразности продолжения лечения. Жена пациента отказалась от учащения половых актов и на прием к врачу явиться не захотела. Было решено познакомить ее с «Новой книгой о супружестве» Р. Нойберта и убедить в необходимости визита к врачу.

Следующий визит больного через полгода. Пациент сообщил, что книгу жена прочитала, но прийти по-прежнему не соглашается. К моменту приезда жены из отпуска (через 2 нед после окончания курса массажа) «выпрошенный» половой акт прошел как и прежде, т. е. с семяизвержением после 10—12 фрикций. Заполненная на этом этапе шкала СФМ выглядела несколько иначе: СФМ:322/111/220/1—7/3/4/—15.

Как свидетельствует квантификационная шкала, к явлениям преждевременного семяизвержения присоединилось ослабление эрекций.

Больному было предложено заполнить один экземпляр анкеты по интерперсональному обследованию, а второй был передан для заполнения жене.

Как видно из анкеты (в данном случае на с. 319—323 приведена только анкета, заполненная больным), вспомогательной таблицы (с. 324) и диаграмм (см. рис. 62), обследуемые зарегистрировали ответы, характеризующие 6 аспектов (I—IV — по анкете, заполненной пациентом, и V—VI— по анкете его жены).

После обработки анкет сделаны следующие выводы:

1. В личностном облике самого пациента (диаграмма I) акцентируются такие качества, как несамостоятельность (7-я октанта — 11 баллов) и бескорыстие (8-я октанта — 8 баллов).
2. В своем представлении идеального мужчины (диаграмма II) он проявляет критику к своим свойствам и хотел бы быть властным (1-я октанта — 13 баллов) и непримиримым (3-я октанта — 7 баллов).
3. Жена пациента в его интерпретации (диаграмма III) как раз и отличается чертами повелительности, властности (1-я октанта — 13 баллов), непримиримости и эгоизма (3-я октанта — 8 баллов).
4. Идеальными качествами женщины больной считает (диаграмма IV) кротость (5-я октанта — 11 баллов) и отзывчивость (8-я октанта— 6 баллов).
5. Жена в ответах о себе (диаграмма V) подтверждает сведения, данные о ней мужем, т. е. властность (1-я октанта — 10 баллов) и непримиримость (3-я октанта — 5 баллов).
6. Муж в восприятии жены (диаграмма VI) выглядит еще более бескорыстным, чем он сам о себе думает (8-я октанта — 12 баллов; по его собственной анкете 8-я октанта определяется в 8 баллов) и столь же несамостоятельным (7-я октанта — 9 баллов).

7. Сопоставив ответы мужа по заданию «я» и «каким я хотел бы быть», можно сделать вывод о комплексе неполноценности, некоторой ущербности, не доходящей, однако, до степени невротичности (отношение суммы положительных ответов по 1-й, 2-й, 7-й, 8-й октантам к сумме положительных ответов по 3-й, 4-й, 5-й, 6-й октантам равно примерно 2).

8. Сравнивая личностные диаграммы мужа и жены, можно сделать вывод о чрезмерном конформизме мужа и властности жены. Это и послужило основанием для изменения предварительного диагноза: дисгармония семейных отношений, в основе которой лежат фрустрированные межличностные экспектации и предположительная фригидность жены; дизритмия половой активности с развитием у мужа абстинентной формы ускоренной эякуляции, осложнившейся хроническим простатитом.

С больным проведена индивидуальная психотерапевтическая беседа, в ходе которой рассмотрены примеры психологической несовместимости. Рекомендовано обсудить содержание беседы с женой, после чего явиться на прием. Через 2 мес больной сообщил, что жена сама ожидала результатов обработки анкеты. После того как он заговорил с ней о психологической, а не половой несовместимости, отношения их начали меняться. Впервые за 7 лет совместной жизни жена решила посоветоваться с ним по вопросу о воспитании детей. К концу 3-й недели установилась регулярная половая жизнь с использованием «бесплодных» дней менструального цикла. Длительность половых актов вначале была 6—12 фрикций, а затем увеличилась до 15—17 фрикций.

На этом этапе начат курс хлорэтиловых блокад (всего 10). Еще через месяц больной сообщил, что акт длится около 2,5—3 мин, ритм примерно 2 раза в неделю. Катамнез двухлетней давности подтвердил стойкость достигнутых результатов.

Данное наблюдение показывает роль межличностных отношений в генезе половых расстройств. Хотя по всем формальным признакам поставленный первоначально диагноз не может вызывать сомнений, тем не менее терапевтические мероприятия не дали никакого эффекта. Наладить условно-физиологический ритм оказалось невозможным ввиду несогласия жены. И только после того как применение анкеты по исследованию межличностных отношений выявило значение семейной дисгармонии, удалось создать тот фон, на котором проводимый лечебный комплекс дал ожидаемый терапевтический эффект.

Можно возразить, что, проведя более подробный сбор анамнестических сведений, можно было бы обойтись и без анкеты. Но, во-первых, традиционные приемы обследования клинической психиатрии рассчитаны на более выраженную патологию; во-вторых, при отсутствии желания со стороны жены прийти на прием к врачу анкета представляет единственный метод, позволяющий правильно оценить микросоциальный климат в семье больного (в работах Лири приводятся вспомогательные таблицы, позволяющие исключить заведомо неправильные ответы).

Накопленный опыт применения этой методики показывает, что наиболее распространенными вариантами диаграмм являются:

1. Симметричные диаграммы (обычно у синтонных личностей с четко очерченными целевыми установками).

2. Субмиссивный вариант (с преимущественным акцентом на чертах 5-й октанты).

3. Доминантный вариант (с преимущественным расположением качеств в 1-й октанте).

Эти данные согласуются с выводами А. Чулика, Э. Горачковой и И. Глюксмана [336].

Объективное обследование сексологического больного

Особенностью объективного обследования сексологического больного является применение широкого круга специализированных методов, специфических для ряда медицинских дисциплин (невропатологии, психиатрии, урологии и др.). Это обусловливает те трудности, которые возникают перед сексопатологом, когда он приступает к объективному обследованию. С одной стороны невозможно начинать какие бы то ни было лечебные мероприятия, не собрав объективных данных о состоянии внутренних органов, эндокринной сферы и уро-генитального аппарата обследуемого, не опираясь на объективную невропатологическую симптоматику и квалифицированное психиатрическое обследование. С другой стороны, можно ли требовать от сексопатолога знания методов обследования нескольких дисциплин (психиатрии, терапии, эндокринологии, невропатологии и урологии), памятуя, что овладение даже одним методом требует упорного и длительного труда?

Как свидетельствует опыт, не вызывающие сомнений функциональные отклонения, обусловленные поражениями нейрогуморальной составляющей, большинством эндокринологов не распознаются, так же как большинство невропатологов не обнаруживают объективной неврологической симптоматики при синдроме парацентральных долек. Столь же мало подготовленными к выявлению специфических для сексуальных расстройств функциональных отклонений оказываются и представители других смежных специальностей.

Для преодоления этих трудностей в каждой из пограничных дисциплин предварительно отбирается необходимый минимум признаков, без опоры на которые невозможна постановка сексологического диагноза. При этом сексопатолог избавляется от необходимости усваивать те теоретические сведения и практические навыки, которые ему в повседневной работе не понадобятся. Многолетний опыт развития структурного анализа половых расстройств уже произвел необходимую селекцию, и из урологических методов исследования на долю сексопатолога остался только совершенно необходимый минимум, связанный с патологией предстательной железы и уретры, однако в овла-

дении этим минимумом сексопатолог обязан добиться высокого профессионального мастерства.

Ниже будут рассмотрены лишь объективные методы, составляющие специфику сексологического обследования. Некоторые особенности применяемых в сексологической практике приемов смежных дисциплин освещены применительно к урологическому обследованию — в работах О. З. Лившица и В. Д. Шеметова [153] и Г. Г. Корика [131, 132], к гинекологическому — у Г. С. Васильченко, И. Л. Ботневой и А. Нохурова [71], к эндокринологическому — у Е. Тетера [515], к неврологическому — у Г. С. Васильченко [53] и к психиатрическому — у Ю. А. Решетняка [198] и С. А. Овсянникова [176].

Сексологическая антропометрия

Как известно, у очень многих сексологических больных при самом тщательном объективном исследовании не удается выявить четкой патологической симптоматики, и лишь у незначительного числа пациентов эти симптомы выявляются значительно позже, чаще всего тогда, когда сексологические нарушения оттесняются другими, подчас весьма грозными проявлениями, например, такими как падение зрения в фазе развития застойных сосков и другими признаками нарастающего подъема внутричерепного давления. Вот почему в диагностике сексологических расстройств особую ценность приобретают такие объективные признаки, которые позволяют характеризовать не только патологические отклонения, но и нормальные варианты. К числу таких двунаправленных семиологических признаков, характеризующих как патологию, так и норму, относятся прежде всего данные антропометрии.

Сексологическая антропометрия, развивающаяся на основе общей клинической антропометрии, вместе с тем имеет свою специфику, и поэтому естественно ожидать разработки специфических приемов исследования, адекватно отвечающих тем особым задачам, с которыми встречается сексопатолог.

Морфограмма

Использование данных клинической антропометрии в сексологической практике на первом этапе осуществляется путем прямого переноса готовых приемов и схем, выработанных для нужд других медицинских специальностей, чаще всего эндокринологии. При этом предпочтение получают менее трудоемкие схемы. Так, схема М. Я. Брейтмана [30], предусматривающая измерение 15 самостоятельных сегментов, в сексологической практике не привилась. Учитывая ограниченность времени, которое может уделить на клиническое обследование отдельного больного врач-практик, приходится искать компро-

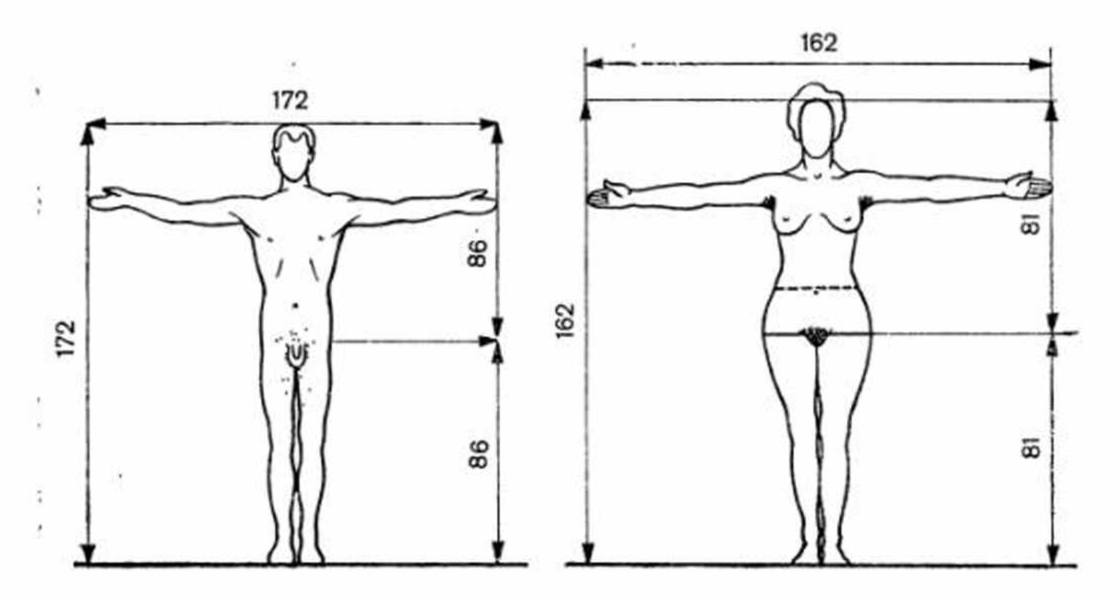


Рис. 63. Биотип мужчины (слева) и биотип женщины (справа) по Ж. Декуру и Ж. Думику. Длина верхней части тела (границей является линия, соединяющая оба вертела — distantia intertrochanterica) равна длине нижней половины. Размах рук равен длине тела.

миссные решения, отдавая предпочтение тем методам, которые при меньшей затрате времени позволяют все же получить необходимый минимум данных, наиболее адекватно отвечающий специфике тех поражений, с которыми чаще приходится встречаться в данной специальности. В сексологической практике наиболее широкое распространение получила техника морфограмм, предложенная в 1950 г. Ж. Декуром и Ж. Думиком [339].

При этой методике измеряются пять параметров:

1. Рост.
2. Высота ноги (от верхнего края симфиза или верхнего края большого вертела до площади опоры).
3. Окружность грудной клетки (измеряется в промежуточной позиции между вдохом и выдохом: у мужчин — на уровне нижней границы сосков и нижних углов лопаток, у женщин — под молочными железами на уровне мечевидного отростка и нижних углов лопаток).
4. Бигумеральная (межплечевая) дистанция (тазомером без нажима измеряется расстояние между наиболее выступающими поверхностями дельтовидных мышц).
5. Межвертельная дистанция (distantia intertrochanterica).

На основании произведенных измерений Декур и Думик выделили нормальные половые биотипы — мужской и женский (рис. 63). Для выявления гормональных расстройств, которые, падая на периоды, предшествующие наступлению половой зрелости, искажают нормальное сомато-половое развитие, что находит отражение на пропорциях измеряемых сегментов тела, они предложили стандартную сетку морфо-

граммы (со следующим расположением названных выше параметров: 3—2—1—4—5).

Проведенные З. Подляской и Л. Здункевич [475] контрольные исследования показали, что данные, получаемые при измерениях жителей Польши, отличаются от данных, полученных французскими антропологами. В свою очередь, опыт использования отделением сексопатологии Московского научно-исследовательского института психиатрии Министерства здравоохранения РСФСР обеих сеток (французской — в течение 4 лет и польской — в течение года), выявив ряд их недостатков (неадекватность избранных цен деления на шкале окружности грудной клетки, несогласованность отдельных шкал и т. д.), заставили отказаться от обеих сеток. Основываясь на характере сигмального распределения основных антропометрических показателей (подробнее см. ниже) при сохранении порядка расположения параметров, была построена собственная сетка (см. § 16 карты сексологического обследования).

Трохантерный индекс как один из важнейших объективных показателей предыстории полового развития индивидуума

Морфограмма в большинстве случаев дает развернутую и наглядную характеристику пропорций тела, сложившихся к завершению периода пубертатного развития. Однако при значительной трудоемкости получения исходных данных и построения морфограммы оценка выявляемых с ее помощью отклонений оставляет широкий простор для различных истолкований, носит описательный характер и не дает возможности непосредственной обработки полученных этим методом групповых данных приемами математической статистики. Вот почему в 1967 г. [50], в сексологическом обследовании был особо выделен *трохантерный индекс*, представляющий отношение роста обследуемого к высоте его ноги.

Теоретическим основанием для выделения трохантерного индекса послужило учение о периодичности роста человеческого организма в стадии формирования. Учение это, прошедшее длинный и трудный путь, вылилось в стройную систему в трудах В. В. Бунака [34, 36 и др.]. Тот факт, что рост человека происходит неравномерно и что темп ежегодного прироста вплоть до наступления зрелости неоднократно меняется, был отмечен еще Бюффоном в его «Естественной истории» (Buffon, 1749). Произведя систематические измерения с 6-месячным интервалом у мальчика, начиная с момента его рождения и до 18 лет, Бюффон отметил, что с приближением периода полового созревания рост ускорился. Однако наблюдение это прошло незамеченным, и вплоть до последней четверти XIX века господствовало представление о «полной гармонии

и правильности» роста человеческого организма [77]. С 1872 г., когда Bowditch начал публиковать результаты проводимых им антропометрических исследований 24 654 детей школьного возраста, а вслед за этим были опубликованы результаты аналогичных исследований, проведенных в Италии Pagliani (1876) и в Швеции Key (1890), доктрине о равномерно-гармоничном и «правильном» росте был нанесен сокрушительный удар. У нас в стране первые массовые антропометрические исследования подобного рода были осуществлены И. П. Старковым [231] и Н. В. Вяземским [77].

Рост тотальных размеров тела, определяемый прежде всего ростом скелета, подчиняется закону чередований, согласно которому одна часть находится в периоде усиленного роста, в то время как другая переживает фазу относительного покоя. Для общего роста организма Н. П. Шеповальников дал в 1927 г. следующую схематическую, но легко запоминаемую формулировку: «В препубертатном периоде рост увеличивается удлинением ног, в следующем непосредственно за ним пубертатном — удлинением торса. Помимо быстрого роста в раннем периоде (удвоение к 5 годам) отмечается второе ускорение его в препубертатном периоде (утроение к 15 годам), тогда как в пубертатном выступает увеличение роста в ширину» [270].

Позже в работах В. В. Бунака [34 и др.] была дана глубокая научная разработка динамики роста тотальных размеров тела и сформулированы основные закономерности, определяющие эту динамику. В. В. Бунак показал, что постнатальный рост тотальных размеров тела человека, как и других млекопитающих, характеризуется, при общей его непрерывности, тремя фазами. Первой фазе свойственно резкое снижение годичных приростов. На протяжении второй фазы годичные приросты либо слегка увеличиваются, либо сохраняют стабильный уровень, либо в некоторой части случаев выявляют замедленное падение. В третьей фазе вновь наблюдается массовое однонаправленное падение приростов. Вторую фазу В. В. Бунак и другие представители школы (В. С. Соловьева, Л. Н. Заглухинская и пр.) называют пубертатной. Три ростовые фазы наглядно иллюстрируются теоретическими — выровненными — кривыми увеличения размеров тела, отражающими связь между возрастом и тотальным ростом. Полная кривая, охватывающая весь ростовой период, выравнивается параболой четвертого порядка — линией с тремя изгибами, отражающими три фазы. Эти же три фазы роста еще нагляднее выступают на кривых скоростей, которые вычисляются по уравнению параболы третьего порядка. Точки минимума и максимума скоростей роста служат границами фаз; возраст же, соответствующий точкам минимума и максимума скоростей роста, вычисляется по параболе второго порядка. По В. В. Бу-

наку [34], такая последовательность годичных изменений скоростей прироста «выравнивается только одной теоретической и притом совершенно определенной параболой 3-го порядка, а соответствующая кривая роста самого размера — параболой 4-го порядка. До сих пор не найдено ни одного исключения из этого правила, а поэтому параболу 4-го порядка можно считать основным законом роста человека (и, по-видимому, млекопитающих вообще)».

Однако изложенная концепция В. В. Бунака о динамике роста тотальных размеров тела в представленном резюме еще не выявляет путей решения проблем сексопатологии. Пути эти прослеживаются как в частных разделах концепции о росте тотальных размеров тела, так и в особенности в работах В. В. Бунака [36 и др.], посвященных исследованию закономерностей изменения межсегментарных отношений.

Как показывают многочисленные работы последнего времени, в частности исследования школы Б. Н. Клосовского [120, 121, 269 и др.], нормальное развитие (являющееся реализацией генетического фонда прежде всего видовых параметров, обладающих значительной консервативностью) подвержено воздействию как индивидуальных наследственных, так и средовых влияний, которые стремятся эту видовую устойчивость изменить.

Анализируя изменения тотального роста в рамках отношений, характеризуемых индивидуальными отклонениями, не выходящими за пределы условной нормы, В. В. Бунак показывает, в частности, что интенсивность роста во II фазе, так же как и длительность ее, возрастают в тех случаях, когда рост в предшествующий период оказывается менее интенсивным: «Ускоренный рост во II фазе как бы компенсирует замедление в первом детском возрасте». И еще более четко отмеченная биологическая устойчивость как фактор консервации видовых или подвидовых (в частности, национальных) особенностей предстает при сравнительном анализе изменений тотального роста у представителей национальностей, характеризуемых высоким (англичане, голландцы) и низким (японцы) ростом: «Кривые годичных скоростей в группах, различающихся по конечной величине тела, в целом идут почти параллельно. Если выразить длину, массу тела и грудной периметр, свойственные данному возрасту, в долях их конечной величины, то различия между высокорослыми английскими детьми и низкорослыми японскими ни в одном случае не превышают 3%. Различие в окончательной величине возникает, таким образом, не в одном каком-нибудь возрасте, а на всем протяжении роста начиная с самых ранних стадий развития» [34].

Практический вывод из всего изложенного совершенно ясен: антропометрия тотальных размеров тела при столь выраженной видовой и подвидовой устойчивости может представить

клиницисту ощутимые отклонения (выявляемые при обследовании единичных больных) лишь в случаях грубой патологии. Для сексопатолога, который чаще имеет дело с незначительными функциональными отклонениями, подобный индикатор явно не годится. Однако надежда на возможность использования антропометрии для объективизации данных сексологического обследования останется, если окажутся более лабильными не тотальные, а межсегментарные отношения.

Прежде всего, каковы основные закономерности, определяющие отношения между отдельными сегментами тела при нормальном развитии? По данным И. П. Старкова [231], в то время как рост имеет наибольший прирост в 15 лет, наибольший прирост нижних конечностей наступает двумя годами раньше, т. е. в 13 лет. Нижние конечности имеют усиленный период прироста с 10 до 16 лет, затем после 16 лет следует резкое падение, а с 18 лет нижние конечности уже более не растут. По Н. В. Вяземскому [77], весь ход усиленного роста нижних конечностей можно подразделить на три периода: подготовительный, продолжающийся с 10 до 12 лет; период усиленного, максимального прироста — с 12 до 15 лет с абсолютным максимумом в 13—14 лет и, наконец, третий период замедленного прироста — с 16 до 19 лет, после чего увеличения длины ног уже более не замечается. Что касается отношения ног к росту, то оно всего значительнее в 14 лет, что совершенно понятно, ввиду того что рост ног в эти годы самый значительный, тогда как максимум увеличения длины тела еще не наступил; это отношение довольно велико от 14 до 16 лет, так как ноги продолжают еще расти, но после этого оно значительно уменьшается, ввиду того что прирост нижних конечностей прекращается. Данные И. П. Старкова и Н. В. Вяземского согласуются с исследованиями П. Ф. Лесгафта [148], который нашел, что нижние конечности всего быстрее растут в период 13—15 лет.

Из современных исследователей В. В. Бунак [36], представляя нормативную таблицу средних межсегментарных индексов, показывает, что у взрослого отношения средних длин дистальных сегментов к сегментам проксимальных меньше, чем в периоде роста. Другими словами, на протяжении роста проксимальные сегменты нарастают интенсивнее, чем дистальные, и если в утробном периоде индекс больше единицы, то с прекращением роста в норме устанавливаются обратные отношения.

Основное положение В. В. Бунака о динамике межсегментарных отношений можно формулировать следующим образом: на всем протяжении фетального, младенческого, детского и первой стадии пубертатного периодов конечности растут быстрее длин осевого скелета, с переходом же во вторую стадию пубертатного периода увеличивается скорость роста длин кор-

пуса, и градиент роста сменяет дистальное направление на проксимальное. Смена эта происходит однократно [34].

В настоящее время как приемы остеометрии [2], так и рентгеноостеографии, представляющие, по выражению А. А. Харькова [254], «прикладную анатомию живого организма», нашли широкое применение в клинической и судебно-медицинской практике. В то же время наряду с разработкой нормативных межсегментарных соотношений и индексов изучается влияние различного рода воздействий от усиленной мышечной деятельности [118, 119] и измененных механических нагрузок [35, 38] до патологических процессов, извращающих и деформирующих нормальный прогенез в понимании Б. Н. Клосовского.

Естественно, прежде всего необходимо было внести ясность в крайне противоречивые литературные данные о влиянии мышечной деятельности и механических нагрузок на продольный рост трубчатых костей, т. е. исследовать вопрос о тех закономерностях, которые определяют характер ответной реакции диаэпифизарной ростовой зоны на различные экзо- и эндогенные воздействия. С этой целью В. В. Бунак и Е. А. Клебанова осуществили серию экспериментальных и клинических изысканий [118, 35, 119]. Полученные результаты показали, что при известных условиях усиление динамической нагрузки в ограниченных пределах стимулирует увеличение продольных размеров трубчатых костей, в то время как увеличение статической нагрузки несколько его задерживает. Так, например, усиление общей мышечной активности в опытах Е. А. Клебановой [118] не оказало на рост трубчатых костей ни стимулирующего, ни тормозящего воздействия, и лишь локальная нагрузка выявила некоторую стимуляцию. Проведенные в тот же период В. В. Бунаком [35] остеометрические исследования детей с частичным нарушением опорно-двигательной функции скелета (вследствие перенесенного полиомиелита и т. д.) показали, что сегменты пораженной конечности, несущей усиленную нагрузку, в одной части случаев оказывались укороченными, а в другой — удлиненными. Резюмируя клиническую часть исследования, В. В. Бунак отмечает, что «в последней группе имеются, таким образом, плюс- и минус-варианты, явным образом не зависимые от изменения механической нагрузки» [35]. Из приведенной серии работ вытекают два вывода, имеющих особо важное значение для сексологической антропометрии:

1. «Диаэпифизарная зона, как правило, не реагирует на механические стимулы» ... [35], и **относительная длина сегментов конечностей составляет существенный видовой признак** (подчеркнуто нами. — Г. В.), который едва ли может быть поставлен в зависимость от случайных колебаний механической нагрузки скелета у отдельных индивидуумов [38].

2. «Регуляция деятельности ростовой зоны осуществляется нейротрофическими и гормональными воздействиями и в пер-

вую очередь специфическими продуктами обмена, так называемыми ростовыми веществами. Установлены индивидуальные и групповые различия в количестве образующихся в тканях ростовых веществ. Эти различия и определяют в первую очередь вариации интенсивности продольного роста» [35].

Из широкого спектра гормональных воздействий, влиянию которых на формирование скелета посвящена монография Д. Г. Рохлина [201], особого внимания заслуживают половые гормоны. Включение эстрогенов в гуморальную среду организма в период полового созревания тормозит рост длинных трубчатых костей и усиливает минерализацию костной ткани [322 и др.]. При недостаточности эстрогенов в пубертатном возрасте задерживается энхондральное окостенение и на неопределенные сроки затягивается хондропластический рост; зоны роста при этом остаются открытыми, уменьшается минерализация костной ткани [410 и др.]. При введении андрогенов усиливается энхондральное окостенение и хондропластический рост кости; повышение уровня андрогенов тормозит пролиферацию хрящевой ткани и стимулирует ее оссификацию, дефицит гормонов приводит к задержке процессов окостенения [502, 503 и др.]. Наряду с экспериментальными исследованиями влияния половых гормонов на рост скелета проводится изучение патологических изменений формирования костной системы, в частности при инфантилизме [31], зобной болезни [135], церебрально-гипофизарном нанизме [103], дисгенезии гонад [244], синдроме Клайнфельтера [202], мужском гипогонадизме [233], врожденной дисфункции коры надпочечников [126] и ряде других эндокринных расстройств.

Следует, однако, подчеркнуть, что особо важное значение данные сексологической антропометрии приобретают отнюдь не в случаях симптоматического, вторичного преждевременного пубертатного развития, относимых в группу pseudopubertas praecox [247, 117 и др.] надпочечникового, гонадного и экзогенно-медикаментозного, а также церебрального генеза [122, 404, 246, 260, 143, 98 и др]. Подобные случаи, проявляющиеся грубой патологической симптоматикой у лиц детского возраста, чаще всего получают квалифицированную помощь со стороны эндокринологов, невропатологов и хирургов и для сексопатолога могут представлять главным образом академический интерес. Специфические же трудности сексопатолога возникают в большинстве случаев при клинической оценке значения самых легких степеней эндокринной недостаточности у взрослых, когда специалист может лишь предполагать наличие нарушений пубертатного развития, но не располагает четкими критериями ни для того, чтобы эти нарушения доказать, ни тем более дать количественную характеристику степени их нарушений, а также высказать обоснованное суждение об их прогностическом значении.

Для сексопатолога, в практике своей работы имеющего дело с пациентами зрелого возраста, важность понимания некоторых частных закономерностей пубертатного периода, представляющего, по меткому выражению Моршера, критическую фазу формирования скелета [463], в том и заключается, что определенные участки костной системы фиксируют в этом периоде неизгладимые «записи», позволяющие тому, кто научится расшифровывать язык этих знаков, выносить затем, независимо от возраста пациента, суждение о критических перестройках более широкого плана, которые происходят в пору полового созревания.

В. Г. Штефко [273] подчеркивал значение пубертатного периода для всей последующей жизни индивидуума, показав, что именно в этом периоде закладываются такие особенности будущего организма, которые во многом определяют как тип окончательного соматического телосложения, так и характер ответных реакций на воздействия окружающей среды, присущий данному организму. В основу классификации конституциональных типов В. Г. Штефко положен принцип возрастной эволюции организма с выделением следующих основных групп: 1) нормоэволютивной; 2) гипоэволютивной; 3) гиперэволютивной; д) дисэволютивной; 5) группы патологических конституций.

Для сексопатолога в плане оценки соматических преморбидных особенностей в ходе структурного анализа особое значение приобретают гипо- и гиперэволютивные типы, представляющие, по мысли В. Г. Штефко, явление не патологического, а биологического, функционального порядка. При этом само понятие конституции превращается из статического в динамическое: например, прослеживается генетическая связь гипоэволютивного типа, по мере утяжеления смыкающегося с легкими случаями инфантилизма, т. е. остановки физического и умственного развития индивидуума на детской стадии, с фиксацией элементов детскости в поведении и с сохранением детских пропорций тела.

Исходя из установленных В. В. Бунаком данных, мы пришли к предположению, что основное направление градиента роста определяется теми же факторами, которые определяют в конечном счете принадлежность данного индивидуума к тому или иному конституционально-эволютивному типу, по В. Г. Штефко, и прежде всего — гипо- или гиперэволютивному. При этом благодаря *закону чередований*, максимально проявляющемуся именно в пубертатном периоде, результат векторного взаимодействия между интенсивностями приростов длинных трубчатых костей конечностей и осевого скелета к моменту закрытия всех ростовых зон (т. е. к концу второй стадии пубертатного периода) *навечно* фиксирует параметрическую характеристику градиента роста, по В. В. Бунаку, в том соот-

ношении величин различных сегментов скелета, которые затем в подавляющем большинстве случаев сохраняются без изменений на протяжении всей последующей жизни индивидуума.

В случаях грубой патологии отмеченная закономерность является общепризнанной. В большинстве руководств по эндокринологии можно встретить две фотографии, демонстрирующие относительно короткие конечности при pubertas praecox и относительно длинные — при евнухоидизме. Эта же закономерность включается как одна из парциальных характеристик и в комплексные профили морфограмм (по М. Я. Брейтману, Декуру и Думику и т. д.).

Задача, поставленная при изучении трохантерного индекса, заключалась в разработке единого количественного показателя, характеризующего конечный результат векторного взаимодействия основных факторов, определяющих течение пубертатного развития, по всей оси от гиперэволютивных типов через нормо- к гипоэволютивным. При этом имелось в виду, анализируя весь континуум, разворачивающийся в вариационный ряд с грубой патологией на крайних его участках, выделить ту его часть, которая характеризует не патологические, а биологические варианты в понимании В. Г. Штефко.

Исходя из того что какая-то часть гипоэволютивных типов, не выходящих за пределы биологических вариантов, растворяется в той части мужского населения, которая совершает свой жизненный путь в убеждении своей принадлежности к сексологической норме, так как или никогда не обращается за сексологической помощью, или обращается за ней только в поздние возрастные критические периоды, а также исходя из того, что эта часть действительно характеризует хотя и функционально ослабленную, но все же норму (если взять в качестве критерия основной биологический показатель — способность к оплодотворению), было решено исследовать по трохантерному индексу вариационный ряд, составленный из здоровых молодых мужчин такого возраста, когда легкие степени сексуального снижения еще маскируются проявлениями юношеской *гиперсексуальности* [*48, 49*].

С этой целью В. А. Фроловым при очередном медицинском осмотре воинских спецподразделений было проведено антропометрическое обследование 283 военнослужащих в возрасте от 20 до 26 лет (средний возраст 20,5 года). Общими критериями для отнесения обследуемых в разряд здоровых служили факт предварительного их отбора для несения воинской службы в спецподразделениях, а также данные последнего медицинского осмотра, осуществленного группой специалистов различного профиля. В качестве специфических критериев служили отсутствие жалоб на расстройства со стороны мочеиспускания и половой сферы, а также достаточная выраженность первичных и вторичных половых признаков (оценивали величину тестикул

и полового члена, развитие волосяного покрова, диаметры ареол сосков). Из числа обследованных 202 (71,4%) имели опыт половой жизни, 16 (5,7%) были женаты.

Прежде чем представлять полученные данные, необходимо обосновать правомочность анализа избранного возрастного контингента. Что при отсутствии задержек пубертатного развития формирование опорно-двигательного аппарата к 20,5 года завершается, следует даже из данных Л. Штраца [509], относящихся к концу XIX века. Естественно, что феномен *акселерации* не мог не отразиться на возрасте завершения скелетного роста. Это потребовало пересмотра составленных «атласов» [116]. По данным Моранта [462], завершение роста скелета в Англии у мужчин, наступавшее в 1880 г. в возрасте 26 лет, в 1945 г. происходило в возрасте 21,5 года. В. С. Соловьева на основании обследованного ею [224—226] материала (13 000 человек) пишет, что если В. В. Бунак, М. Ф. Нестурх и Я. Я. Рогинский в своем руководстве по антропологии 1941 г. называли в качестве конечных тотальные размеры тела в 20 лет, то по ее данным, рост стабилизируется у девушек в 16 лет, а у юношей — в 18 лет. По данным С. Б. Зелигман с соавт. [106], к 18-му году жизни рост прекращается у большинства мальчиков и девочек. По В. Г. Властовскому, С. М. Громбаху и Ю. П. Лисицину [75], в настоящее время у абсолютного большинства девушек рост прекращается в 16—17 лет, а у юношей — в 18—19 лет.

Таким образом, правомочность предпринятого нормативного исследования на упомянутой возрастной группе следует признать вполне обоснованной современными литературными данными.

Необходимо, однако, отметить, что В. В. Гинзбург [85], изучая динамику изменения роста, установил продолжающееся, хотя и медленное, увеличение общих размеров тела и после пубертатного периода (главным образом за счет широтных параметров). Аналогичные данные публиковались рядом исследователей [392, 255 и др.]. Неоспоримый факт продолжающегося роста общих размеров тела вплоть до 45 лет, установленный В. В. Гинзбургом, отнюдь не умаляет ни практического значения трохантерного индекса, ни правомочности предпринятого нормативного исследования. Об этом неопровержимо свидетельствует и приводимый В. В. Гинзбургом график, показывающий, что возрастание высоты симфиза после завершения пубертатного периода соответствует общему возрастанию длины тела.

О нормативной оценке линейных показателей. Сигмальное распределение. Поскольку измерения, произведенные на здоровых военнослужащих, укладываются в вариационный ряд, располагающийся основной своей частью в зоне нормальных проявлений, а крайними участками выходящий из этой зоны, необходимо еще раз, в дополнение к разделу об общем понятии

нормы в сексологии, уяснить некоторые отправные методологические позиции в отношении самого понятия нормы и, в частности, нормы анатомической и физиологической.

Так, Quetelet (1835) пытался, опираясь на средние арифметические показатели, сконструировать некоего «среднестатистического человека». Несостоятельность подобного рода попыток вскрывается В. Н. Шевкуненко и А. М. Геселевичем [268], утверждающими, что принятие за норму наиболее часто встречающихся вариантов может дать только сумму фактов, но не систему их, и доказывается В. С. Сперанским [230] путем применения математического анализа. Хильдебранд [386] формулирует понятие анатомо-физиологической нормы как идеальный план строения, обеспечивающий оптимальное функционирование. Однако наиболее четкое и развернутое определение представлено Г. И. Царегородцевым [259]: «... биологическое понятие нормы тесно связано с философской категорией меры ... В норме отражается такое качественное состояние ... организма, на которое количественные ... сдвиги (увеличение или уменьшение) в определенных рамках не оказывают существенного влияния. Норма — это те демаркационные грани (верхние и нижние), в пределах которых могут протекать различные количественные сдвиги, не влекущие за собой качественные изменения в физиологическом состоянии организма...» (разрядка наша.—Г. В.).

Поскольку, таким образом, вопрос о границах нормы тесно связывается с зонами перехода количественных изменений в качественные, решающее место в определении искомых границ получают математические методы. Как показывает В. С. Сперанский [230], ведущее место в определении нормы в настоящее время занимают вариационно-статистические показатели. В качестве же основного критерия берется среднее квадратическое отклонение — сигма (σ). В. В. Бунак [33], глубоко и детально разработавший этот вопрос, предложил считать границей между нормой и аномалией отклонение от средней арифметической (М), равное $\pm 1{,}5\ \sigma$, а в качестве безусловной нормы рассматривать варианты, лежащие в пределах $M \pm 0{,}5\ \sigma$. Мартин [447] также ограничивает норму пределами $M \pm 0{,}5\ \sigma$. В. Г. Штефко и А. Д. Островский [274] определяют границы нормы отклонением $\pm 1{,}0\ \sigma$, В. М. Левин [145] предлагает уровень $\pm 0{,}75\ \sigma$; по А. И. Ярхо [283] и П. Н. Башкирову [20], границей нормы следует считать отклонение $\pm 0{,}67\ \sigma$.

Семиологическое значение трохантерного индекса. Итак, в результате индивидуальных антропометрических изменений, произведенных у 283 практически здоровых мужчин в возрасте 20—26 лет, показатели трохантерного индекса оказались лежащими в диапазоне от 1,84 до 2,16. При составлении вариационного ряда средняя арифметическая трохантерного индекса М

оказалась равной 1,97±0,003. Среднее квадратическое отклонение (σ) равнялось 0,056.

На основе полученных данных были рассчитаны сигмальные интервалы по Мартину [447] и составлена табл. 25, в которой значения пограничных величин были «разведены» (в пределах единицы во втором знаке после запятой).

Таблица 25

Характеристика значений трохантерного индекса у здоровых мужчин по данным сигмального распределения

Общая оценка значений группировок	Заданная ширина интервалов	Рассчитанные величины индексов
Очень высокие	Выше M+2,0σ	⩾2,09
Высокие	Между M+1,0σ и M+2,0σ	2,04—2,08
Выше средних	» M+0,5σ и M+1,0σ	2,01—2,03
Средние	» M−0,5σ и M+0,5σ	1,95—2,00
Ниже средних	Между M−1,0σ и » M−0,5σ	1,92—1,94
Низкие	» M−2,0σ и M−1,0σ	1,86—1,91
Очень низкие	Ниже M−2,0σ	⩽1,85

Интерпретируя полученные данные, сексопатолог может считать, что величины трохантерного индекса, лежащие в пределах средних значений (1,95—2,00), коррелируют с нормоэволютивным типом, по В. Г. Штефко; величины, входящие в группы **выше средних** (2,01—2,03) и **ниже средних** (1,92—1,94), коррелируют соответственно с гипер- и гипоэволютивными типами биологических (т. е. **нормальных**) вариантов; величины, входящие в группы **высоких** (2,04—2,08) и **низких** (1,86—1,91) значений, располагаются хотя и в непосредственной близости к границе нормы и патологии, но все же по ту сторону барьера, откуда начинается патология; и, наконец, группы **очень высоких** (2,09 и выше) **и очень низких** (1,85 и ниже) значений включают в себя носителей невыявленной патологии пубертатного развития. Последний вывод подтверждается данными построения морфограмм по Декуру и Думику, наличием других соматоскопических признаков нарушенного пубертатного развития, а также тем, что из 7 человек, представленных в группе с очень низким трохантерным индексом, 5 никогда не имели эякуляций.

На следующем этапе эти данные были сопоставлены с теми же показателями больных, обратившихся в отделение сексопатологии Института психиатрии. С этой целью прежде всего были определены соответствующие параметры по всей группе

псевдоимпотенции и по всей группе с ключевым (стержневым) поражением нейрогуморальной составляющей. Полученные результаты представлены в табл. 26.

Таблица 26

Статистическая характеристика трохантерного индекса по трем группам обследованных

Клиническая характеристика группы	Крайние пределы величин трохантерного индекса		Средняя арифметическая и средняя ошибка, M±m	Среднее квадратическое отклонение, σ	Доверительный интервал при P=0,01
	минимальный	максимальный			
Практически здоровые	1,84	2,16	1,97±0,003	0,056	1,963—1,977
Все обследованные с диагнозом псевдоимпотенции	1,78	2,14	1,93±0,005	0,059	1,917—1,943
Все больные со стержневым поражением нейрогуморальной составляющей	1,75	2,10	1,92±0,004	0,064	1,910—1,930

Поскольку, однако, из приведенных в табл. 26 трех групп только первая (практически здоровые) отвечает требованию гомогенности по самым существенным показателям, вторая же и третья группы именно по клинической характеристике представляют собой группы сводные, для дальнейшего анализа были выделены следующие частные формы:

0. В пределах мнимой импотенции:
   а) «чистые» синдромы псевдоимпотенции при отсутствии заинтересованности нейрогуморальной составляющей;
   б) синдромы псевдоимпотенции на фоне функционального снижения нейрогуморальной составляющей.

I. В пределах группы со стержневым поражением нейрогуморальной составляющей:
   а) синдромы задержки пубертатного развития неустановленного генеза;
   б) синдромы первичного и раннего поражения гонад;
   в) диэнцефальные синдромы;
   г) прочие нейрогуморальные синдромы (включая случаи позднего поражения гонад, возникшего после периода нормальной половой жизни).

Полученные при этом данные представлены в табл. 27.

При сопоставлении данных табл. 26 и 27 четко выступает основная семиологическая характеристика трохантерного ин-

Таблица 27

Статистические характеристики трохантерного индекса при разбивке основных групп на частные клинические формы

Клиническая характеристика группы	Крайние пределы величин трохантерного индекса		Средняя арифметическая и ее средняя ошибка, M±m	Среднее квадратическое отклонение, σ
	минимальный	максимальный		
Практически здоровые	1,84	2,16	1,97±0,003	0,056
0. Псевдоимпотенция (все наблюдения):	1,78	2,14	1,93±0,005	0,059
а) «чистая»	1,80	2,14	1,95±0,006	0,055
б) на фоне функционального снижения нейрогуморальной составляющей	1,78	1,98	1,89±0,007	0,045
I. Все наблюдения с ключевым поражением нейрогуморальной составляющей:	1,75	2,10	1,92±0,004	0,064
а) задержка пубертатного развития	1,81	1,99	1,90±0,011	0,047
б) первичный ранний гипогонадизм	1,75	1,97	1,89±0,009	0,049
в) диэнцефальные синдромы	1,82	2,10	1,95±0,007	0,058
г) все наблюдения после исключения Iа, Iб и Iв с добавлением случаев первичного позднего гипогонадизма	1,76	2,08	1,91±0,006	0,065

декса, заключающаяся в том, что трохантерный индекс не является признаком, характеризующим любое поражение нейрогуморальной составляющей, как это иногда представляют начинающие сексопатологи. Против подобного упрощенного толкования красноречиво свидетельствуют как близость средних арифметических в группах псевдоимпотенции и стержневых поражений нейрогуморальной составляющей (см. табл. 26), так и в особенности перекрытие доверительных интервалов этих групп. Трохантерный индекс является признаком специфическим, и его отклонения свидетельствуют только о наличии раннего нарушения пубертатного развития, причем опять же не всякого, а прежде всего связанного с патологией гонад. На это указывает тот факт, что наименьшие значения средней арифметической трохантерного индекса (см. табл. 27) встречаются при первичном раннем гипогонадизме, задерж-

ках пубертатного развития неустановленного генеза и нейрогуморально отягощенных случаях псевдоимпотенции (представляющих, видимо, благоприятно протекающие варианты двух первых форм).

Столь же показателен и тот факт, что из всех форм нейрогуморальных расстройств самое высокое значение средней арифметической трохантерного индекса наблюдается при диэнцефальных сексологических синдромах. Определяется это тем, что именно диэнцефальные синдромы чаще развиваются вторично, после периода нормальной половой активности, под влиянием таких экзогенных вредностей, как инфекции, травмы, интоксикации (чаще всего алкоголизм). И если при алкоголизме особенности соматического преморбида оказывают определенное влияние на характер сексологических нарушений и темп их развития [21, 256, 175 и др.], то при травмах и инфекционных поражениях глубоких структур мозга выраженные расстройства половых функций развиваются на любой конституциональной основе. Понятно поэтому, что именно при данной клинической форме, развивающейся в большинстве случаев под влиянием грубых экзогенных воздействий в том периоде, когда организм больного вышел из стадии пубертатного развития, среднее значение трохантерного индекса оказывается равным средней величине индекса при «чистых» формах псевдоимпотенции и очень близким к его среднему значению у практически здоровых.

И, наконец, выраженное расхождение средних величин (M) трохантерного индекса при разделении всей сборной группы псевдоимпотенции по признаку соучастия или незаинтересованности нейрогуморальной составляющей, еще раз подтверждая значение многоканальности обеспечения надежности половой функции, убедительно характеризует, с одной стороны, мощность компенсаторных механизмов, а с другой — широкую амплитуду и высокую клиническую чувствительность рассматриваемого семиологического признака.

О семиологическом значении величины полового члена

В литературе по сексологии до сих пор нет четкого ответа на вопрос: имеет ли величина полового члена какое бы то ни было семиологическое значение. При описании тяжелых эндокринных нарушений в статусе обычно фигурируют более или менее точно определяемые значения величины полового члена; в некоторых справочных изданиях можно встретить упоминание таких терминов, как *микрогенитосомия* и *макрогенитосомия;* что же касается работ, специально посвященных исследованию диагностического значения величины полового члена при патологии, в норме и при состояниях, граничащих с нормой, то они единичны.

Американский сексолог Роберт Дикинсон приводит высказывание Пребла, который, просмотрев литературу на трех языках, пришел к заключению, что если «Антропология» Рудольфа Мартина, этот во всех отношениях исчерпывающий труд, не содержит даже намека на измерение гениталий, то это, по-видимому, должно означать, что эти органы совсем не признаются в качестве принадлежащих к антропологии [342].

На одну из причин подобной «стыдливости» указывает К. Косяков [134], заметивший, что величина полового члена, с одной стороны, учитывается при тех или иных заболеваниях, а с другой — ее избегают измерять. Автор согласен, что измерение органа, меняющего свой объем от кровенаполнения, менее точно, чем измерение, например, черепа, но тем не менее он предпочитает измерять длину и окружность penis у своих пациентов.

Первое исследование размеров полового члена принадлежит Loeb (1899), который измерил длину и окружность полового члена в спокойном состоянии у 50 лиц с урологическими заболеваниями; определив средние арифметические (длина 9,51 см и окружность 8,9 см), автор опубликовал сводную таблицу, содержащую также индивидуальные данные о росте и возрасте каждого обследованного.

В 1928 г. Л. Н. Заглухинская публикует разработанную ею комплексную систему визуальной оценки степени развития полового члена по трехбалльной системе с раздельной регистрацией состояния тела полового члена, его головки и крайней плоти [100]. К. Косяков [134], определявший на основе полученных им измерений объем полового члена, нашел, что в группе с мужским типом оволосения лобка величина объема полового члена в спокойном состоянии колебалась в пределах 45—114 см^3 при $M=77{,}48\pm1{,}34$ и $\sigma=13{,}4$, в то время как в группе с женским типом оволосения лобка предел колебаний составлял 37 — 121 см^3 при $M=73{,}85\pm1{,}28$ и $\sigma=12{,}8$. Атлас Дикинсона содержит лишь обобщенные характеристики. Schonfeld [491], произведя около 1500 измерений величины полового члена в широком возрастном диапазоне (от рождения до 25 лет) и сопоставив полученные данные с динамикой различных проявлений пубертата, составил таблицу, в которой приводятся ориентировочные размеры полового члена в зависимости от возраста. Б. М. Семенов [215] сопоставил различные показатели физического и полового развития в динамике (с 14 до 18 лет) на основании более 300 экспертиз половой зрелости. Ввиду чрезвычайной ценности полученных им данных мы приводим часть его таблицы, имеющую непосредственное отношение к рассматриваемому вопросу (табл. 28).

Учитывая крайнюю скудость литературных данных, было решено произвести собственные измерения с тем, чтобы преж-

Таблица 28

Основные цифровые показатели физического и полового развития
(по Б. М. Семенову [215]).

Показатель	Возраст в годах				
	14	15	16	17	18
Рост, см стоя	160±5,6	164±6,7	168±6,2	169±4,7	169±6,5
Рост, см сидя	84±3,9	84±3,9	87±5,1	87±4,9	89±3,5
Половой член, см					
длина	6,9±1,9	8,6±1,5	8,8±1,3	9,0±1,4	9,1±1,4
ширина	2,3±0,5	2,7±0,4	2,7±0,4	2,8±0,4	2,8±0,3
головка	2,5±0,6	3,0±0,5	3,0±0,4	3,0±0,4	3,0±0,3
Длина правого яичка, см	3,7±0,9	4,2±0,9	4,3±0,6	4,5±0,5	4,5±0,5
Длина левого, см	3,8±0,9	4,1±0,9	4,4±0,6	4,5±0,4	4,6±0,3

де всего установить, имеют ли место закономерные отклонения в величине полового члена при различных формах половых расстройств и не является ли довольно распространенный взгляд о том, что прямые измерения полового члена ничего не могут дать для диагностики, лишь своеобразным психологическим самооправданием, помогающим избежать не очень эстетичной процедуры. Если же индивидуальные колебания действительно превышают отклонения, обусловленные патологией, то и такой «негативный» вывод имел бы положительное значение, позволив с полным основанием исключить из сексологического исследования эти измерения. Исходя из того что отклонения длины полового члена от средних величин сочетаются с отклонениями его диаметра, измерялись оба параметра.

Проводя повторные измерения у тех же пациентов, мы пришли к выводу, что величина полового члена в спокойном состоянии отличается значительным постоянством и изменяется (в сторону уменьшения) главным образом на сильном холоде или под влиянием выраженных отрицательных эмоций.

При вычислении основных статистических характеристик длины полового члена у практически здоровых, страдающих псевдоимпотенцией и у больных со стержневыми поражениями нейрогуморальной составляющей была использована группировка по формам, идентичная группировке при исследовании трохантерного индекса (табл. 29).

Демонстрируемая этой таблицей совершенно хаотическая картина, казалось бы, категорически решает вопрос о практической неприменимости измерений полового члена в сексопатологической диагностике. В самом деле, если не считать некоторого снижения взятой изолированно средней арифметической (М) при первичном раннем гипогонадизме, все остальные показатели распределяются крайне причудливо: средняя ариф-

Таблица 29

Статистические характеристики длины полового члена у практически здоровых и при некоторых формах сексуальной патологии

Клиническая характеристика группы	Крайние пределы длины полового члена, см		Средняя арифметическая и ее средняя ошибка, см $M \pm m$	Среднее квадратическое отклонение и его средняя ошибка, см $\sigma \pm m_\sigma$	Доверительный интервал при P=0,05
	минимальные	максимальные			
Практически здоровые	5	12	8,9±0,07	1,25±0,052	8,76—8,97
0. Псевдоимпотенция: а) «чистая»	5	14	9,2±0,20	1,82±0,139	8,81—9,59
б) на фоне функционального снижения нейрогуморальной составляющей	6	12	9,0±0,27	1,66±0,193	8,95—9,05
I. Ключевые поражения нейрогуморальной составляющей: а) задержка пубертатного развития	5	12	8,9±0,54	2,16±0,382	7,75—10,05
б) первичный ранний гипогонадизм	5	12	8,8±0,41	1,97±0,290	7,95—9,65
в) диэнцефальные синдромы	5	13	10,1±0,20	1,56±0,137	9,72—10,48
г) все наблюдения после исключения Iа, Iб и Iв с добавлением случаев первичного позднего гипогонадизма	5	14	9,5±0,16	1,73±0,118	9,19—9,81

метическая в группе практически здоровых оказывается меньше средних арифметических при большинстве стержневых синдромов поражения нейрогуморальной составляющей и меньше соответствующих величин в обеих подгруппах псевдоимпотенции, а минимальные значения длины полового члена оказываются практически идентичными во всех группах. При этом, однако, и снижение M при первичном раннем гипогонадизме также оказывается статистически незначимым, так как доверительный интервал в этой форме даже на уровне P-0,05 перекрывается доверительными интервалами всех других форм

за исключением группы Iв (диэнцефальные синдромы). Однако прежде чем окончательно исключить этот вид антропометрии из арсенала сексологического обследования, было решено проанализировать два других показателя: сумму значений длины и окружности полового члена и ту же сумму, но корригированную делением на рост. Последний прием согласуется с положением общей антропологии о том, что рост является основным антропометрическим параметром, определяющим все прочие. С этой целью были рассчитаны коэффициенты корреляции между тремя вариантами выражения величин полового члена, с одной стороны, и трохантерным индексом — с другой. Для сокращения объема работы были взяты только наблюдения со стержневым поражением нейрогуморальной составляющей (табл. 30).

Таблица 30

Коэффициенты корреляции между различными математическими выражениями величин полового члена и трохантерным индексом при частных формах расстройств нейрогуморальной составляющей

Клиническая характеристика групп	Характер математического выражения величин полового члена		
	длина	сумма длины и окружности	сумма длины и окружности корригированная делением на рост
Задержка пубертатного развития	0,40±0,211	0,51±0,190	0,63±0,159
Первичный ранний гипогонадизм	0,67±0,116	0,82±0,068	0,87±0,053
Диэнцефальные синдромы	0,10±0,125	0,36±0,113	0,32±0,119
Все другие поражения нейрогуморальной составляющей	0,53±0,069	0,51±0,072	0,77±0,040

Поскольку табл. 30 показывает возрастание коэффициента корреляции слева направо в каждой группе, кроме диэнцефальных синдромов (эта форма будет особо рассмотрена ниже), и, за исключением этой же группы, самые высокие значения коэффициента корреляции представлены в правом столбце, на следующем этапе были рассчитаны статистические характеристики для различных групп именно по этому показателю (табл. 31).

Как показывает сравнение табл. 29 и 31, коррекция делением на рост вносит заметные изменения в ранжирование средней арифметической: максимальное значение корригированной величины полового члена теперь характеризует группу практически здоровых, а наименьшее значение переходит к группе с задержкой пубертатного развития, за которой следует первичный ранний гипогонадизм. При том же уровне

Р=0,05 доверительные интервалы обеих минимальных групп (задержка пубертатного развития и первичный ранний гипогонадизм) полностью отрываются от полосы доверительного интервала практически здоровых; в остальных группах при неизменном Р=0,05 отмечается четкое сужение зон перекрытия доверительных интервалов.

Таким образом, посредством несложного дополнительного вычисления сексопатолог получает в свое распоряжение еще один объективный показатель. Хотя он не столь надежный и не столь широкого диапазона, как, например, трохантерный индекс, но зато, по-видимому, достаточно специфичный, что четко проявляется в группе диэнцефальных синдромов. Если по характеристике М±m трохантерного индекса диэнцефальные синдромы лишь приближались к уровню «чистой» псевдоимпотенции (см. табл. 27), что находит свое естественное объяснение в преобладании экзогенных болезнетворных факторов и позднем начале большинства случаев заболеваний, то при исследовании величины полового члена группа диэнцефальных синдромов четко выделяется среди всех других форм, выходя далеко за рамки значений, занимающих промежуточное положение между слабо намеченной патологией и условной нормой. Превосходя по значению М при непосредственном измерении длины полового члена все другие группы (см. табл. 29), диэнцефальные синдромы и после коррекции, по сути дела лишь уравнявшись с показателем контрольной группы (см. табл. 31), в то же время выявляют высший уровень минимального значения крайних пределов вариации; характерно при этом, что наибольшее значение максимального предела доверительных интервалов (0,1188) также принадлежит диэнцефальным синдромам. Есть все основания предполагать, что рассмотренные цифры отражают те трофические и вазомоторные изменения, которые специфичны для поражения глубоких структур мозга. В дальнейшем, накопив большее количество наблюдений, стоило бы подвергнуть анализу группу диэнцефальных синдромов не в целом, а с разбивкой на различные подгруппы, выделив при этом прежде всего трофическую и вазомоторную формы.

Поскольку очень многие больные считают, что их сексуальные возможности зависят от величины полового члена и задают соответствующие вопросы врачам, на следующем этапе было подвергнуто анализу не семиологическое, а функциональное значение величины полового члена. Для этого были определены коэффициенты корреляции между величиной полового члена и V показателем квантификационной шкалы СФМ, характеризующим состояние эрекций, по всем основным клиническим группам, кроме группы с ключевым поражением эрекционной составляющей, которая исключена как вследствие малочисленности, так и специфичности поражения, проявляю-

Таблица 31

Статистические характеристики корригированных по росту величин полового члена

Клиническая характеристика группы	Крайние пределы величин		Средняя арифметическая и ее средняя ошибка, $M \pm m$	Среднее квадратическое отклонение и его средняя ошибка, $\sigma \pm m_\sigma$	Доверительный интервал при $P=0{,}05$
	минимальные	максимальные			
Практически здоровые	0,07	0,15	0,115±0,0007	0,0115±0,00048	0,1137—0,1163
0. Псевдоимпотенция:					
а) «чистая»	0,07	0,15	0,108±0,0019	0,0164±0,00134	0,1043—0,1117
б) на фоне функционального снижения нейрогуморальной составляющей	0,08	0,12	0,106±0,0022	0,0128±0,00155	0,1017—0,1103
1. Ключевые поражения нейрогуморальной составляющей:					
а) задержка пубертатного развития	0,06	0,13	0,099±0,0059	0,0220±0,00416	0,0863—0,1117
б) первичный ранний гипогонадизм	0,06	0,13	0,103±0,0043	0,0192±0,00304	0,0940—0,1120
в) диэнцефальные синдромы	0,08	0,14	0,115±0,0019	0,0145±0,00136	0,1112—0,1188
г) все другие поражения нейрогуморальной составляющей	0,06	0,15	0,111±0,0020	0,0242±0,00145	0,1071—0,1149

щегося по принципу «все или ничего». Полученные данные представлены в табл. 32.

Таблица 32

Коэффициенты корреляции между величиной полового члена и V показателем СФМ

Клиническая характеристика группы	Количество наблюдений в группе	Коэффициент корреляции и его средняя ошибка ($r \pm m_r$)
0. Псевдоимпотенция	125	—0,30±0,080
I. Синдромы с ключевым поражением нейрогуморальной составляющей	255	0,28±0,058
II. Синдромы с ключевым поражением психической составляющей	339	—0,17±0,053
IV. Специфические синдромы поражения эякуляторной составляющей	204	—0,25±0,065

Общими для всех групп являются низкие величины коэффициентов корреляции, свидетельствующие о не более чем слегка намеченной тесноте взаимосвязи между двумя исследованными параметрами; при этом, однако, обращает на себя внимание тот факт, что при всех синдромах, кроме нейрогуморального, корреляция обратная. Последнее обстоятельство заставило провести регрессионный анализ изменения эрекционной функции по величине полового члена. С целью получения кривых регрессии весь материал был разбит на две группы: 1) с ключевым поражением нейрогуморальной составляющей, 2) с ключевым поражением психической и эякуляторной составляющих, а также все наблюдения мнимой импотенции. По полученным данным были построены эмпирические линии регрессии, отражающие изменения средних величин эрекционной функции при соотнесении с длиной полового члена (рис. 64). Демонстрируя при большинстве основных клинических синдромов относительно стабильную среднюю величину эрекций (в диапазоне 6—12 см не превышающую 2,23 и не снижающуюся за пределы 2,05), полученная линия регрессии выявляет тенденцию к снижению средних величин эрекции при максимальных значениях длины полового члена и к повышению ее показателей при минимальных. Объяснение этого на первый взгляд парадоксального явления, следует, по-видимому, искать в действии факторов чисто механических: чем меньше длина кавернозных тел, тем легче при уравнивании различного рода взаимодействующих факторов (начиная с функционального состояния сердечно-сосудистой системы) достигается определенная степень ригидности этого одностороние фиксированного образования.

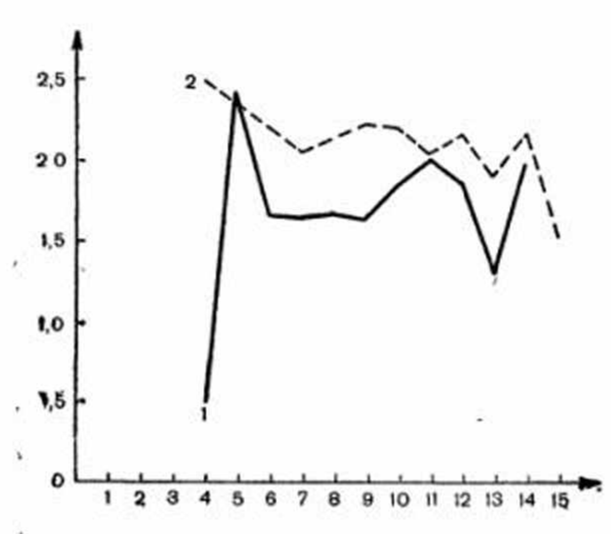


Рис. 64. Эмпирические линии регрессии, показывающие изменение эрекционной функции при соотнесении с длиной полового члена.

По вертикали — состояние эрекций по V показателю СФМ; по горизонтали — длина полового члена (в сантиметрах); 1 — при ключевом поражении нейрогуморальной составляющей; 2 — при всех других наблюдениях.

Линия регрессии при синдромах с ключевым поражением нейрогуморальной составляющей характеризуется смещением вниз. Однако она также демонстрирует относительную стабильность средних величин функционального состояния эрекций при средних значениях длины полового члена (в том же диапазоне 6—12 см) и проявляет наибольшие отклонения в зонах минимальных и максимальных значений. Колебания эти, в которых отмеченная для большинства других наблюдений тенденция, по-видимому, противоборствует с другой тенденцией, специфической для стержневого поражения нейрогуморальной составляющей, на данном этапе могут быть охарактеризованы лишь как проявления утраты стабильности.

Поскольку при оперировании как вариационными рядами при отдельных синдромах, так и укрупненными рядами при обобщенных данных четко выявляется нормальный (т. е. по Гауссу — Ляпунову) характер распределения по признаку величины полового члена, был составлен единый вариационный ряд, объединяющий все наблюдения, и на его основе (1226 наблюдений) был произведен сигмальный анализ по Мартину, результаты которого представлены в табл. 33. При этом средняя арифметическая и ее средняя ошибка ($M \pm m$) составляли 9,32±0,050 см при $\sigma \pm m_\sigma = 1{,}77 \pm 0{,}036$. Наибольшая длина полового члена среди обследованных была 19 см (при ключевом поражении психической составляющей, V показатель СФМ=1,5) и наименьшая — 3,5 см (также при ключевом поражении психической составляющей, V показатель СФМ=2,5).

Оволосение лобка

Идентификация типа оволосения лобка производится визуально. Характер роста волос на лобке определяется действием тех же факторов, от которых зависят показатели, рассмотренные в предыдущих разделах данной главы.

Таблица 33

Характеристика длины полового члена по данным сигмального распределения (на основании прямых антропометрических исследований 1226 взрослых мужчин)

Общая оценка показателей	Ориентировочная частота, %	Полученные величины, см	Упрощенные значения
Очень высокие	2,3	⩾12,86	⩾13,1
Высокие	13,6	11,09—12,86	11,1—13,0
Выше средних	15,0	10,20—11,09	10,1—11,0
Средние	38,2	8,44—10,20	8,6—10,0
Ниже средних	15,0	7,55—8,44	7,6—8,5
Низкие	13,6	5,78—7,55	5,6—7,5
Очень низкие	2,3	⩽5,78	⩽5,5

$M \pm m = 9,32 \pm 0,050.$
$\sigma \pm m_{\sigma} = 1,77 \pm 0,036.$

Наличие некоторых женских признаков у молодых мужчин, в особенности при инфантилизме, явление нередкое. Чередование стадий оволосения лобка у мужчин (от полного отсутствия растительности через фазу женского типа оволосения с четкой горизонталью роста волос) при достижении половой зрелости у большинства представителей европейских народов завершается развитием оволосения по мужскому типу — с ростом волос в надлобковом конусе. Особенно часто обильный рост волос в надлобковом конусе, а также гипертрихоз туловища и конечностей встречается у представителей кавказских и семитских народов. По М. М. Завадовскому [99], ткани самцов и самок равнопотенциальны и специфически дифференцируются лишь под влиянием соответствующих гормонов. Л. И. Заглухинская [101] делает вывод, что развитие полового члена и волос на лобке находится в тесной связи с развитием яичка. Гетеросексуальные типы оволосения описаны при различных эндокринных и генетических нарушениях [30, 400, 515, 269, 98, 126 и др.].

Особый интерес для сексопатолога представляет работа К. Косякова [134]. Обследовав на призывных комиссиях и в воинских частях 5075 молодых мужчин, автор обнаружил оволосение лобка по женскому типу у 849 обследованных, что составляет 16,7%. При этом в более великовозрастной группе частота признака уменьшается почти втрое, и это наводит на мысль, что среди более молодой группы часть «женоподобных является таковой благодаря незаконченному развитию, инфантилизму». Сравнивая средние арифметические росто-тазового показателя Косякова в группах с мужским и женским типом оволосения лобка, автор нашел, что при женском типе оволосения $M=98,43 \pm 0,50$ ($\sigma=5,06$), а при мужском — $M=95,59 \pm 0,45$ ($\sigma=4,50$); другими словами, группа с жен-

ским типом оволосения лобка отличалась евнухоидным тазом. Как уже упоминалось, отличались и средние арифметические объема полового члена: в группе с женским типом оволосения лобка M=73,85±1,28 (σ=12,8), а в группе с мужским типом M=77,48±1,34 (σ=13,4). И, наконец, изучение химизма волос показало, что по содержанию H_2S в волосах группа пациентов с женским типом оволосения занимает промежуточное положение между женщинами и контрольной группой. Клинико-диагностическое значение рассматриваемого феномена формулируется К. Косяковым следующим образом: «Гетеросексуальный тип волос на лобке встречается при ряде заболеваний эндокринной сферы; кроме того, он бывает далеко нередко у лиц, состояние коих нельзя назвать патологическим. Это есть своеобразная группа, несущая ряд других черт гетеросексуальности».

Намеченные в работе К. Косякова корреляции были проверены на материале отделения сексопатологии Московского научно-исследовательского института психиатрии применением корреляционного анализа при группировке по основным видам нейрогуморальной патологии и по всей группе псевдоимпотенции. Полученные данные, представленные в табл. 34, выявили, что самые высокие значения коэффициентов корреляции наблюдаются при первичном раннем гипогонадизме, вслед за которым следует первичная задержка пубертатного развития.

Таблица 34

Коэффициенты корреляции между величинами трохантерного индекса и типом оволосения лобка

Клиническая характеристика группы	Коэффициент корреляции и его средняя ошибка ($r \pm m_r$)
Псевдоимпотенция	0,36±0,057
Задержка пубертатного развития	0,66±0,131
Первичный ранний гипогонадизм	0,74±0,008
Диэнцефальные синдромы	0,31±0,111
Все другие поражения нейрогуморальной составляющей	0,42±0,074

Самые низкие значения коэффициентов корреляции характеризуют диэнцефальные нарушения и псевдоимпотенцию. Таким образом, с одной стороны, получает еще одно подтверждение приведенный выше вывод Л. И. Заглухинской о непосредственной связи характера оволосения лобка с функциональным состоянием тестикул, а с другой — еще раз подчеркивается относительная независимость диэнцефальной импотенции от преморбида, формирующегося в препубертатном и пубертатном периодах.

* * *

Оставляя на данном этапе без рассмотрения четвертый антропологический показатель — диаметр ареолы соска, который введен в применяемую схему сексологического обследования относительно недавно, коснемся вопроса о том, есть ли необходимость в расширении круга антропометрических и антропоскопических показателей. В самом деле, поскольку рассмотренный ранее материал доказывает, что наиболее четким и надежным из всех изученных показателей является трохантерный индекс, не стоило ли бы в виду экономии времени и упрощения обследования ограничиться этим показателем?

Как показывает наш опыт, наряду с клиническими наблюдениями, демонстрирующими однозначность всех или подавляющего большинства как анамнестических (запоздалое пробуждение либидо, задержка наступления первой эякуляции, низкие индексы половой активности и т. д.), так и объективных показателей половой конституции, нередко встречаются больные с выраженной диссоциацией как между объективными и анамнестическими показателями, так и между отдельными объективными показателями. Поэтому необходимо исследовать у каждого пациента весь набор антропометрических показателей. На достигнутом этапе это предохранит сексопатолога от просмотра легких случаев нейрогуморальных отклонений, а в будущем, когда будут заполнены пробелы в наших знаниях о специфических воздействиях отдельных эндокринных желез (и в первую очередь — гонад, надпочечников и щитовидной железы) в различных возрастных фазах полового онтогенеза, опора на эти же показатели сможет дать возможность предварительной клинической дифференцировки поражения отдельных желез еще до проведения лабораторных исследований.

Некоторые особенности неврологического обследования сексологических больных

Неврологический статус сексологического больного отличается рядом особенностей, в значительной части общих для всей сборной группы системных неврозов [53]. Одной из таких особенностей является сочетание признаков, специфических для неврозов, с признаками, которые принято считать характерными для так называемых органических заболеваний. К числу последних относится, в частности, феномен, в разное время и в разных странах описанный как спинномозговой феномен Говерса (1880), «новый мыщелковый рефлекс» Трёмнера (1910), «новый антагонистичный рефлекс с m. tibialis anticus» Пиотровского (1913), «новый парадоксальный голеностопный рефлекс» Бинга (1918), «крурофасциальный реф-

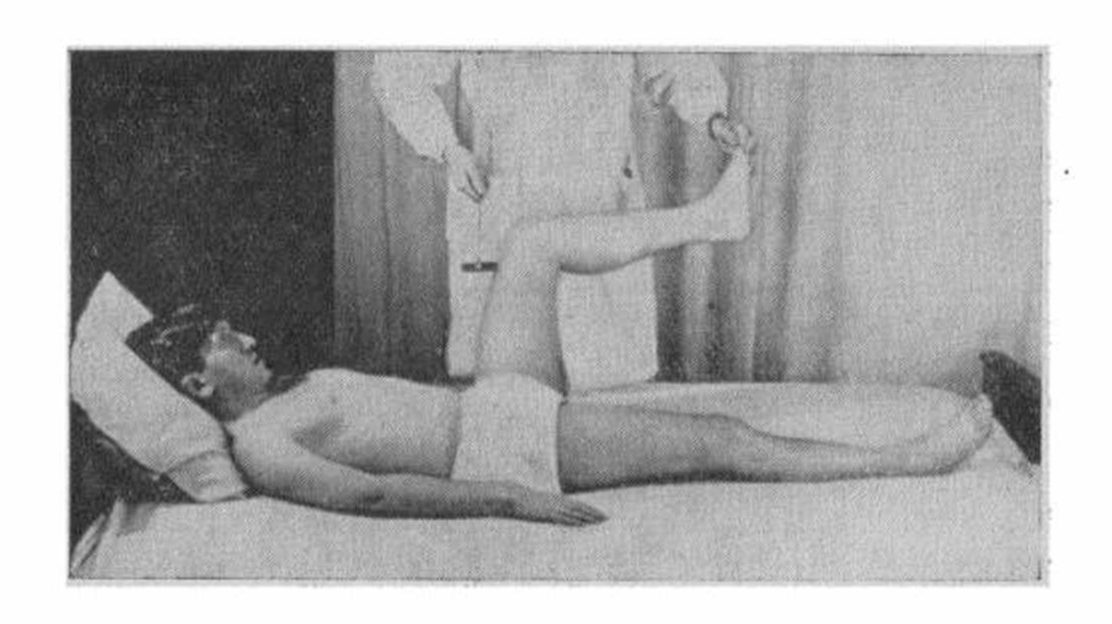


Рис. 65. Первая фаза исследования сухожильно-надкостничных рефлексов левой ноги. В тазобедренном, коленном и голеностопных суставах— положение сгибания под прямым углом. Мышцы ног предельно расслаблены и вся конечность удерживается в приданном положении левой рукой врача (без этой поддержки нога должна упасть). Правой рукой врач наносит удары молоточком по передней поверхности бедра, смещая каждый последующий удар в дистальном направлении.

лекс» Бенедека (1923) и «новый наружно-мыщелковый рефлекс» Бальдуцци (1925). Как показали специальные исследования [46, 53], все эти признаки не являются самостоятельными феноменами, а представляют в большинстве случаев распространение рефлексогенной зоны патологически повышенного ахиллова рефлекса на переднюю поверхность голени. В менее выраженных случаях эта инверсия рефлексогенной зоны получается только с дистальных отделов голени, в других — с любой точки на передней поверхности голени и даже с дистальных отделов бедра. Инверсия ахиллова рефлекса не является патогномоничной ни для определенной локализации, ни для определенного заболевания и может встречаться при пирамидных поражениях, ирритативно-болевых процессах в соответствующих сегментарных зонах, при неврозах и др. Легкие степени инверсии ахилловых рефлексов примерно в 18% случаев могут встречаться у практически здоровых лиц.

Наряду с этим при поражении пирамидной системы характерны глубокие степени инверсии (с распространением верхней границы до проксимальных отделов голени, иногда даже на бедро), ее односторонность или четкая асимметрия. Для инверсий, обусловленных поражением мышц, характерны грубые изменения соотношения мышечных масс или тонуса мышц, сгибающих и разгибающих стопу. Инверсии рефлексогенных зон при общеневротических состояниях сопровожда-

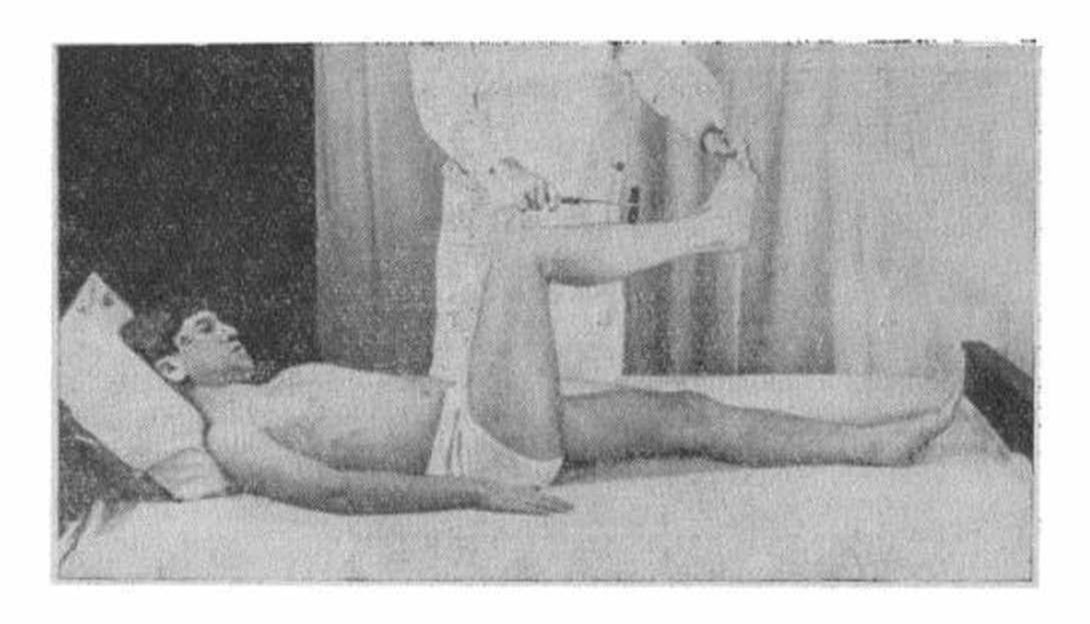


Рис. 66. Вторая фаза исследования сухожильно-надкостничных рефлексов правой ноги. Удары молоточком наносятся по передней поверхности голени, начиная с середины, и каждый последующий удар смещается в проксимальном направлении.

ются повышением других сухожильных и надкостничных рефлексов (в том числе и с верхних конечностей), почти всегда двусторонни и симметричны, наблюдаются на фоне повышения, а не понижения кожных рефлексов и характеризуются преобладанием легких степеней.

Для выявления инверсии рефлексогенных зон обследуемый ложится на спину, врач левой рукой берет стопу больного и, придав его тазобедренному, коленному и голеностопному суставам положение сгибания под прямым углом, добивается полного расслабления мышц (рис. 65). Оценивая наличие рефлекса по совокупности зрительных, тактильных и слуховых впечатлений (при отсутствии рефлексов воспринимается низкий, «тупой» звук), врач наносит ряд равномерных ударов по передней поверхности бедра, приближая каждый последующий к коленной чашечке. При этом выявляются: расширение рефлексогенной зоны коленного рефлекса (тенденция голени к движению вверх), крайняя степень инверсии ахиллова рефлекса (голень неподвижна, а стопа выявляет подошвенную флексию) или сочетанное повышение коленного и ахиллова рефлексов (сочетание обеих тенденций). Затем наносятся удары молоточком по передней поверхности голени от ее середины, с перемещением каждого последующего к коленной чашечке (рис. 66). Это позволяет выявить степень выраженности коленного рефлекса, а также средние степени инверсии ахиллова рефлекса. После этого, ударяя молоточком снизу по задней поверхности голени с перемещением каждого последующего удара от середины голени в дистальном направлении, оценивают ахиллов рефлекс и его рефлексогенную

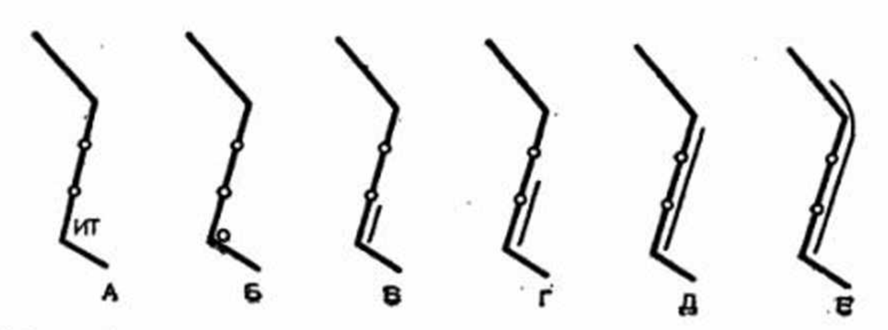


Рис. 67. Графическая регистрация инверсий рефлексогенной зоны ахиллова рефлекса при различных степенях выраженности.

А — итеративная (ИРЗ-1); Б — легкая (ИРЗ-2); В — умеренная (ИРЗ-3); Г — значительная (ИРЗ-4); Д — тотальная (ИРЗ-5); Е — резко выраженная (ИРЗ-6).

зону. И, наконец, в заключение удары молоточком вновь наносятся по передней поверхности голени, но с включением ее дистального отдела, что дает возможность выявить самые незначительные степени инверсии ахиллова рефлекса. Описанная техника дает возможность графически регистрировать степени выраженности инверсии ахилловых рефлексов (рис. 67).

В карте сексологического обследования предусмотрено графическое протоколирование сухожильно-надкостничных рефлексов как на верхних, так и на нижних конечностях по ширине рефлексогенных зон (рис. 68).

Специфическое значение в неврологическом статусе сексологических больных имеет состояние кавернозных рефлексов [102, 125], дуга которых замыкается в крестцовых сегментах спинного мозга ($S_I - S_{IV}$), а афферентные и эфферентные волокна проходят в стволе срамного нерва. Для исследования кавернозных рефлексов врач вводит стоящему перед ним больному пальцы левой руки за мошонку, прижимая их ладонной поверхностью к промежности (где располагаются места прикрепления седалищно-пещеристых и луковично-пещеристых мышц), а правой рукой наносит специально притупленной иглой уколы в спинку и в головку полового члена с частотой не более одного укола в секунду. Сокращение кавернозных мышц улавливается пальцами, находящимися на промежности. В ряде случаев для снятия торможения приходится применять сенсибилизацию рефлекса нанесением на кожу эрогенных (пригенитальных) зон итеративной серии уколов с короткими (менее секунды) интервалами или путем активного 5—6-кратного сокращения обследуемым анального сфинктера.

Из обширного арсенала нейровегетативной симптоматики для включения в карту отобраны 4 феномена, которые в порядке ориентировки обследуются у всех без исключения сексологических больных.

Первый из этих симптомов — *вегетативная иннервация зрачков*. Обычно зрачки исследуются только при положении

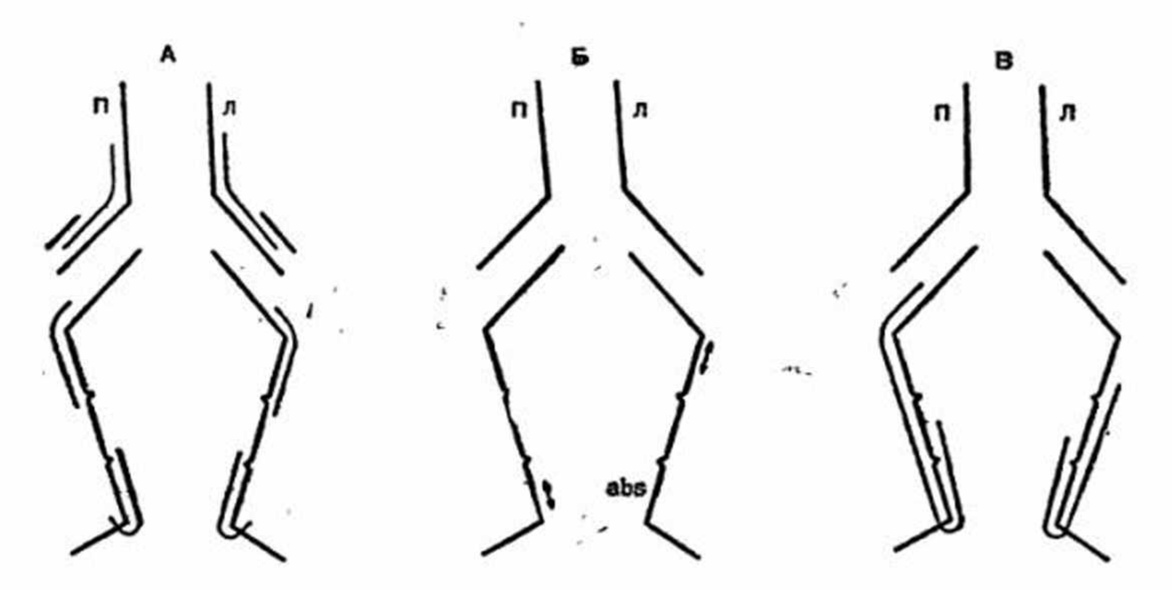


Рис. 68. Примеры графического протоколирования результатов исследования сухожильно-надкостничных рефлексов.

А — Больной с гиперстенической стадией неврастении. Симметричное двустороннее повышение сухожильно-надкостничных (и кожных) рефлексов как на руках, так и на ногах. Рефлексогенные зоны пропорционально и симметрично расширены (показано перекрытие зон бицепитальных и карпорадиальных рефлексов), имеются легкие двусторонние ИРЗ. Б — Больной с остаточными явлениями плексита. Снижение правого ахиллова и левого коленного рефлексов при выпадении (отсутствии) левого ахиллова. Остальные сухожильно-надкостничные рефлексы нормальны, что не фиксируется на графике по общему условию — заносить в протокол карты сексологического обследования только патологические отклонения (это освобождает от балластных записей типа: «Зрачки круглые, равномерные, их реакция на свет и конвергенцию — живая», «живот овальной формы, мягкий, безболезненный» и т. п.). В — Больной с синдромом парацентральных долек. Избирательное (с «дистальной акцентуацией») двустороннее повышение ахилловых рефлексов с двусторонними асимметричными ИРЗ: резко выраженной справа и субтотальной слева (сочетающимися с двусторонним отсутствием подошвенных рефлексов при выраженных брюшных, двустороннем симптоме Россолимо, правостороннем клонусе и симптоме Бабинского справа).

больного лицом к свету. У сексологических больных такое обследование дополняется исследованием зрачков в положении больного спиной к свету, на фоне затемнения. В результате получается впечатление, складывающееся из осмотра как в условиях, благоприятствующих проявлению ваготонии (на фоне сужения, лицом к свету), так и в условиях, благоприятствующих проявлению симпатикотонии (на фоне расширения, спиной к свету). Живость (или вялость) прямой и содружественной реакции зрачков на свет, а также реакция на конвергенцию и аккомодацию характеризуют рефлекторную возбудимость.

Второй из облигатных ориентировочных симптомов — *ортостатический показатель* — относится к группе вегетативных рефлексов положения и очень сложен по своему генезу. На конечном результате пробы, кроме кроверaспределительного и сосудисто-иннервационного моментов, сказывается ряд факторов: изменение спинномозгового давления, положение внутренних органов, внутригрудное давление, натяжение солнечного сплетения и др. Однако в ряду других факторов при соблюдении определенных условий сказывается влияние ос-

новного — включение механизма статической иннервации.

В первой фазе исследования больной лежит некоторое время на кушетке, пока не выровняется пульс. Запустив секундомер синхронно с одним из пульсовых ударов и начав отсчет со следующего, необходимо в течение минуты считать число пульсовых ударов, ориентирующее относительно тонизированности вегетативной иннервации (тахикардия свидетельствует о симпатикотоническом преобладании, брадикардия — о парасимпатикотоническом). Вслед за этим обследуемого просят встать и после паузы в 15 с, когда сгладится действие привходящих факторов, отражающих главным образом энергичность изменения позы, производится вторичный отсчет, также в течение минуты. Величина разности между вторым и первым отсчетом отражает степень рефлекторной возбудимости (с учетом значения величины исходного фона).

Необходимо особо подчеркнуть обязательность педантичного соблюдения 15-секундной паузы между двумя отсчетами, так как эта деталь исследования, элиминирующая эффект побочных влияний, не относящихся к характеристике исследуемых параметров, чрезвычайно важна.

Для получения сравнимых величин учащения пульса, производится пересчет по формуле Галю:

$$n_x = 100 - \frac{100 \cdot n_к}{n_о},$$

где n_x — условное учащение пульса; $n_к$ — пульс в горизонтальном положении; $n_о$ — пульс в вертикальном положении.

Принято считать нормальным учащение пульса в пределах от 6 до 16 и резко повышенным — более 24 в минуту.

Кроме того, исследуют *состояние ладоней* (их окраска, теплота, влажность) и *местный дермографизм.* Состояние ладоней исследуется осмотром и ощупыванием. При исследовании же местного дермографизма производится раздельное нанесение тупым краем неврологического молоточка двух черт на груди: одной — очень легким давлением и другой — при значительном нажиме на кожу. Дермографизм является вегетативным сосудисто-рефлекторным феноменом. Истинный дермографизм проявляется после латентного периода в 3—20 с и является локальным вегетативным рефлексом со стенки капилляров: слабое раздражение вызывает спазм капилляров, т. е. белый дермографизм, а сильное — расширение, т. е. красный дермографизм. В карте сексологического обследования фиксируются раздельно для белого и красного дермографизма замеряемые секундомером длительность латентного периода и стойкость феномена. На туловище более выражен красный дермографизм, на конечностях (в особенности на нижних) — белый. Нетрудно видеть физиологические корни

этого явления, свидетельствующего о большей силе сосудосуживающих механизмов на конечностях по сравнению с их относительной слабостью на туловище. По данным И. И. Русецкого (1936), формула отношения продолжительности красного дермографизма к продолжительности белого на груди равна 6 : 1, а на бедре — 1 : 2 или 1 : 1.

Психический статус сексологических больных

Исследование психического статуса в сексологии имеет большое значение, так как психика в той или иной степени бывает заинтересована в большинстве случаев половых расстройств. Например, при дебютантной форме импотенции из всех составляющих наиболее выражено поражение именно психической составляющей [67]: оно проявлялось в 94% всех наблюдений, при этом в 42% — изолированно; однако из 52% ее расстройств, сочетавшихся с расстройствами других составляющих, поражение психической составляющей было ведущим в 39% случаев. Кроме того, умение определять и правильно оценивать психическое состояние пациента для сексопатолога важно по следующим обстоятельствам. Как показывает практика, к сексопатологу обращается большое количество лиц, обнаруживающих признаки различных психических заболеваний, причем значительная часть их ранее никогда не обращались к психиатру. В силу нерезко выраженных изменений личности такие больные в общежитии считаются психически здоровыми. Отсюда становится ясным, что если врач, принимающий такого «сексологического» больного, не имеет достаточно основательной психиатрической подготовки и не может правильно оценить его психическое состояние, в дальнейшем не исключена возможность различных нелепых, а подчас и драматических коллизий, когда пациенту начинают проводиться различные лечебные мероприятия сексологического плана (массаж простаты, хлорэтиловые блокады и др.), а больной, скажем, в дальнейшем делает суицидальную попытку или покушается на жизнь «пользующего» такого пациента сексопатолога.

Врач, исследующий психический статус больного, определяет в результатах его самонаблюдения симптомы и синдромы, свидетельствующие о патологии психической деятельности.

У больных с половыми расстройствами встречаются различные синдромы психических нарушений, главным образом те, которые свидетельствуют о неглубоком расстройстве мозговой деятельности (синдромы аффективных расстройств, сверхценных образований, навязчивости и др.). Особенности психического статуса, симптомы или синдромы психических нарушений определяются обычно в процессе беседы с больным.

Если расспрос больного произведен тщательно и умело, он может выявить основные психопатологические синдромы (проявления навязчивости, признаки депрессивного или маниакального состояния, наличие бреда, сверхценных идей, галлюцинаций, снижения памяти и др.).

При выяснении тех анамнестических сведений, которые дает сам больной (субъективный анамнез), следует обращать внимание на то, как больной излагает факты, как относится к ним, находясь под влиянием тех или иных патологических переживаний (бредовая или депрессивная интерпретация прошлого, снижение памяти на прошлые события и т. д.). При расспросе больного необходимо отмечать его отношение к обследованию: обнаруживает ли он заинтересованность, инициативу в беседе, озабоченность своим состоянием или, наоборот, безразличен к происходящему, отвечает на вопросы врача пассивно и односложно, оставаясь по существу недоступным. Все это позволяет определить особенности эмоциональной сферы обследуемого. Необходимо также оценивать своеобразие мимики пациента, моторики, жестикуляции, отмечая такие характерные проявления, как манерность, парамимию, стереотипные движения и др.

Эмоциональные реакции больного проявляются также в манере ответов на вопросы, касающиеся интимных сторон его жизни; при этом может обнаружиться смущение, свидетельствующее о сенситивности, или, наоборот, выявляется неадекватная невозмутимость, а иногда — полная обнаженность и цинизм, когда больной как бы смакует подробности, не стесняясь даже широкой аудитории. При наличии эмоционального снижения больные очень неряшливы в одежде, мимика их невыразительна, бедна, движения лишены пластичности.

При рассказе больного важно выяснить, чем впервые была вызвана мысль о половом расстройстве, и как больной сам склонен был объяснять его причину. Возникновение мыслей о своей половой неполноценности еще до начала половой жизни должно вызвать у врача предположение о формировании у больного своеобразного толкования не существующего в действительности полового расстройства, т. е. о наличии у него бреда, который является уже психопатологическим расстройством, синдромом определенного психического заболевания.

Во время расспроса больного необходимо не только внимательно выслушивать его ответы, но и предлагать ему пояснить их соответствующими примерами, что будет отражать особенности психического состояния больного и способствовать выяснению обстоятельств наступления того или иного нарушения.

В беседе с больным выявляются и особенности его мышления, которое может быть замедленным, ускоренным, обстоя-

тельным. Особенно важно установление *резонерства*, при котором больной крайнюю бессодержательность и бедность суждений облекает в правильную словесную форму. Обычно ответ больного не соответствует контексту разговора. При *разорванности мышления* понятия и представления сочетаются друг с другом на основе случайных или формальных связей. Крайним выражением разорванности является шизофазия (словесная окрошка). При этом речь больных становится совершенно непонятной, носит характер случайного набора слов. Резонерство и разорванность мышления в большинстве случаев без труда обнаруживается уже в начале беседы с больным, что облегчает определение психического состояния, так как эти расстройства характерны для шизофрении.

В беседе с больным следует выяснить его отношение к семье, друзьям и знакомым, к литературе и искусству. Это позволяет судить о больном как о личности, о его взглядах и интересах.

При этом важно, чтобы расспрос больного не был шаблонным, а в каждом случае строился индивидуально.

Многие сексологические больные ведут дневники, которые заслуживают особого внимания в плане психопатологического анализа. В них представляют интерес не только содержание, но и манера изложения — небрежность или чрезмерная, доходящая до педантизма аккуратность, схематизация или насыщенность деталями, а также стилевые особенности (конкретность, примитивизм и пр.).

Описание психического состояния должно отражать те особенности, которые были обнаружены при исследовании; при этом следует избегать психиатрических терминов, ограничиваясь лишь подробным описанием. Результат обследования психического состояния должен быть отражен в виде описания всех тех особенностей, которые обнаружены при исследовании.

Необходимо знать, что психический статус не есть повторение жалоб пациента и анамнеза, а является частью объективного исследования, характеризующей наличие психических нарушений различной структуры.

Наиболее часто в сексологической практике встречаются следующие синдромы психических расстройств:

Астенический синдром. Характеризуется повышенной истощаемостью, ослаблением способности к длительному и интенсивному психическому и физическому напряжению, симптомами раздражительности, отражающей эмоционально-аффективную лабильность. Преобладают пониженные самочувствие и настроение, склонность к слезливости, признаки раздражительной слабости. Больных часто беспокоят головные боли и расстройства сна. На фоне астении могут наблюдаться раз-

личные сексологические нарушения, чаще всего ослабление полового влечения, адекватных эрекций, преждевременное семяизвержение и др.

Аффективные синдромы. Проявляются в основном расстройствами настроения. В зависимости от характера аффекта они подразделяются на депрессивные и маниакальные.

Депрессия (или меланхолия) характеризуется в типичных случаях наличием «триады» симптомов: пониженное настроение (аффективное торможение); замедление темпа мышления, иногда вплоть до полного «отсутствия мыслей» (идеаторное торможение); замедление двигательных реакций (моторное торможение).

Такие больные жалуются на безысходную тоску, которая ощущается часто как стеснение в груди (витальная тоска), отмечают снижение аппетита, расстройства сна. Снижается интерес к окружающему, иногда возникает чувство собственной измененности с оттенком неполноценности (депрессивная деперсонализация). В связи с замедлением темпа мышления у больных нарушается внимание, им становится трудно работать, они жалуются на плохую память. Окружающее воспринимается больными в мрачных тонах, настоящее и будущее рисуется безрадостным и бесперспективным, прошлая жизнь нередко расценивается как цепь сплошных ошибок и неудач, иногда возникают суицидальные мысли. Для сексопатолога важно знать, что в структуру депрессии может входить снижение абсолютных цифр первого показателя СФМ, а также притупление оргазма. Иногда единственной сексологической жалобой такого больного бывает жалоба на исчезновение оргазма. Для некоторых депрессий характерны суточные колебания состояния: обычно явления депрессии более выражены утром. Довольно типичны и внешние признаки депрессии: больные сидят сгорбившись, взгляд у них потухший, глаза печальные, голос тихий, на вопросы они отвечают очень медленно; отмечается сухость слизистых оболочек и кожи, иногда — артериальная гипертензия. Нередко в депрессивных состояниях преобладают тревога и страх за свое здоровье. Такие больные фиксированы на деятельности внутренних органов, важнейших физиологических отправлениях, часто жалуются на боли в различных внутренних органах — сердце, желудке, кишечнике, голове; они опасаются, что больны тяжелой болезнью, постоянно обследуются у врачей различных специальностей. Депрессия с преобладанием таких опасений (ипохондрическая депрессия) иллюстрируется следующим наблюдением.

Наблюдение 23. Больной В., 45 лет, электрик.

СФМ: 1—1,5—1,5/2,5—1,5—3/1,5—2,0-0,5/1-4/7/4/1-16.

Обратился с жалобами на снижение полового влечения, ослабление спонтанных эрекций, в связи с чем половая жизнь стала менее регулярной. Впервые обратился к сексопатологу 10 лет назад, когда не удался повторный половой акт. Появились опасения, что станет импо-

тентом, снизилось настроение, стал находить у себя признаки различных заболеваний, затем пришел к заключению, что не в порядке эндокринная система. Несмотря на то что врачи никакой болезни не находили, настойчиво лечился по собственной инициативе гормонами. В результате самолечения появилась гинекомастия. После этого настроение ухудшилось, параллельно возникли отмеченные им в жалобах половые нарушения. Настоящее ухудшение состояния в течение последних трех месяцев.

Психический статус: в беседе выглядит подавленным, говорит очень тихим голосом, с умоляющими интонациями, сразу же высказывает все свои жалобы, сомнения и опасения. При этом на врача не смотрит, сидит, низко опустив голову, руки плотно прижаты к телу, почти не меняет позы. Внешний вид неряшливый. На вопрос, почему не следит за своей внешностью, только безразлично машет рукой, говорит, что ему «не до этого». Жалуется на неприятные ощущения в области гениталий, фиксирован на том, что у него «эндокринное заболевание», замечает, что «стали выпадать волосы», «почти не видно бровей», и он поэтому, стараясь прикрыть их, низко опускает волосы на лоб. Обеспокоен тем, что из-за этого заболевания может развиться «полная импотенция». Говорит только о болезни, попытка перевести разговор в другое русло не удается — больной возвращается к прежней теме. Умоляет не сообщать жене о его обращении, иначе «все пропало». Постепенно удается выяснить, что больного больше волнует даже не то, как протекает в настоящее время половая жизнь, а в основном вопрос диагностики «настоящей болезни». Сам больной отмечает, что в последнее время изменился — ходит «как в воду опущенный», ничего не хочется делать, особенно тяжело бывает утром, к вечеру немного легче на душе, но не надолго, иногда появляются мысли: «все равно не поправлюсь», «лучше не жить», однако втайне надеется, что врачи смогут помочь. Снизился аппетит, за последний месяц значительно похудел. Носит с собой зеркало, часто смотрит в него, видит, что «стал похож на женщину», почти не растут усы и борода. Это снова заставляет думать о болезни, постоянно прислушивается к различным ощущениям — то «заколет сердце», то «защемит в яичках», то начинает «тянуть в паху». Соглашается с тем, что весь ушел в болезнь.

У некоторых больных наблюдаются так называемые «стертые» депрессии, в которых преобладают не подавленность или тоска, а вялость, безразличие к происходящему, чувство собственной малоценности, адинамия, отсутствие побуждений и желаний. При этом могут отмечаться и сексологические нарушения: ослабление либидо, снижение силы адекватных и спонтанных эрекций.

Депрессивные состояния встречаются при различных психических заболеваниях: маниакально-депрессивном психозе, шизофрении, при органических поражениях мозга, а также как реакция на психогенную травму или соматогенную вредность (реактивные депрессии).

Маниакальный синдром характеризуется немотивированно веселым настроением, которое окрашивает все восприятие больного. Мир представляется ярким, интересным, отмечается ускорение темпа мышления, повышенная отвлекаемость. Суждения больных поверхностны, движения быстрые, порывистые. Больные обнаруживают неутомимую, но большей частью непродуктивную деятельность. Со стороны поло-

вой сферы при этом может отмечаться усиление полового влечения (нимфомания у женщин, сатириазис у мужчин), в связи с чем больные легко вступают в сексуальные связи, которые носят случайный характер.

Навязчивые состояния (обсессивный синдром). К навязчивым явлениям относятся мысли, чувства, воспоминания, сомнения, опасения, страхи, влечения, которые возникают помимо воли больного и характеризуются критическим отношением к ним больного, сознанием их болезненности, стремлением активно препятствовать их возникновению. Однако несмотря на понимание нелепости навязчивых явлений больной не может подавить их. Наличие критического отношения со стороны больного отличает навязчивости от бреда.

В сексологической практике навязчивости встречаются очень часто. Особенно характерными являются навязчивые опасения, страхи и влечения.

При навязчивых сомнениях, опасениях возникает неуверенность в правильности совершаемых действий. Больные совершенно немотивированно опасаются за свои возможности в совершении обычных, естественных отправлений, в том числе полового акта.

Для сексопатолога представляет большой интерес наличие у больного навязчивых страхов (фобий), в частности перед необходимостью совершения полового акта (коитофобия), а также страхов перед «угрожающими» последствиями онанизма (онанофобия).

Коитофобию почти всегда можно обнаружить после ознакомления со шкалой СФМ, где при наличии этого синдрома отмечается резкое снижение второго показателя (настроение перед сношением). Страх перед половым сношением может быть выражен настолько, что больные полностью прекращают половую жизнь, или, если этот страх появился еще до начала половой жизни, он препятствует ее началу (дебютантная форма импотенции). В этих случаях снижается до 0 и третий показатель СФМ.

Онанофобия встречается у подавляющего большинства сексологических больных и выражается в возникновении страха перед последствиями онанизма. В то же время у ряда больных мастурбация становится единственной формой полового удовлетворения, приобретая характер навязчивости (обсессивно-персевераторная форма мастурбации).

У больных с половыми расстройствами встречаются навязчивые страхи и другого содержания: страх загрязнения при половом акте, заражения тяжелой болезнью, например венерической, что также служит препятствием для осуществления нормальной половой жизни. Иногда отмечаются сочетания разнообразных фобий, полностью парализующих деятельность больного (панфобии).

Ряд больных для борьбы с навязчивостями используют различные методы защиты — так называемые ритуалы. Например, больной должен считать до 3 или коснуться рукой носа, чтобы не произошло несчастья. Один из наблюдавшихся нами больных, для того, чтобы избежать ослабления эрекции во время полового акта, перед которым у него постоянно возникала неуверенность, должен был вспоминать определенные формулы, другой — считать, третий — складывать двузначные цифры и т. д.

Выявлению навязчивостей помогают шкала СФМ, определение клинического типа мастурбации и т. д. Навязчивости чаще встречаются при неврозе навязчивых состояний. При других заболеваниях они имеют свои особенности, обусловленные спецификой основного заболевания.

Наблюдение 24. Больной Л., 25 лет, научный сотрудник.
СФМ: 4—1—1,5/1—1, 5—3,5/4—2—1,5/0=6,5/6/7,5/0=20
Жалобы на отсутствие адекватных эрекций, а также ослабление их после интроитуса, снижение половой активности. С 15 лет у него стали появляться сомнения в том, что он сможет жить нормальной половой жизнью из-за привычки к онанизму. Старался бороться с этими сомнениями, пробовал бросить онанировать, но «не хватало воли». В 23 года женился, однако половая жизнь не приносила удовлетворения, хотя половые акты удавались. Смущало нерезкое напряжение полового члена, бледность оргазма, думал, что не приносит удовлетворения жене. Появились навязчивые страхи и опасения, ухудшилось настроение. «Переключился на онанизм», перестал жить половой жизнью, боялся «опозориться». На прием его привела мать.

Психический статус: больной подробно описывает врачу свое состояние, в котором его больше всего беспокоят страхи различного содержания. Отмечает, что страхи возникают помимо его воли и желания, он не может избавиться от них, несмотря на «активную борьбу» и понимание их нелепости. Например, не может находиться в помещении, если оно расположено высоко над землей, подходить к окну, так как возникает страх, что может упасть вниз. На улице помимо желания считает столбы, прохожих, запоминает номера домов. В последнее время боится половой близости с женой, постоянно думает, что половой акт ему не удастся и жена будет свидетелем его позора. Мысленно запрещает себе думать о предстоящих делах, чтобы «не сглазить», однако это не удается. В силу страха перед необходимостью половой близости всячески старается избежать этого — ссылается на усталость, плохое самочувствие. Понимает, что его опасения не мотивированы, но ничего не может с этим сделать. Дома предпочитает те виды деятельности, которые связаны с движениями малой амплитуды и имитируют онанизм (заточка, пилка дров и т. д.). Онанизм носит характер навязчивого действия и вытесняет нормальную половую жизнь. Отмечает, что часто даже не испытывает побуждения к онанизму, но предается ему по привычке. Когда рассказывает подробности своих интимных переживаний, смущается, краснеет. В беседе на другие темы обнаруживает заинтересованность, разносторонние интересы.

В данном случае у больного с 15 лет появляются различные по содержанию навязчивости — вначале онанофобия, затем страхи высоты, различные навязчивые действия, и, наконец, коитофобия, после возникновения которой у больного нару-

шилась половая жизнь. Онанизм приобретает характер навязчивости.

Сенестопатический синдром. Определяется тягостными, аморфными, часто весьма своеобразными ощущениями (распирание, перекручивание, переливание, переворачивание, жжение, щекотание), локализующимися в головном мозге, груди, животе, половых органах и др. У больных с половыми расстройствами сенестопатические ощущения исходят чаще всего из области гениталий. При этом больные говорят, что у них «одно яичко тяжелее другого», они ощущают «жжение и ноющие боли в тестикулах», чувствуют «распирание полового члена», жалуются на «переливание внутри половых органов», «давление в паху», «приливы крови к половым органам». Эти ощущения подчас вычурны, иногда больные не могут даже описать их характер. При соответствующем исследовании не удается обнаружить ни морфологических, ни функциональных нарушений в тех органах, из которых исходят эти ощущения.

Объективизация сенестопатических проявлений у больных с половыми расстройствами, с одной стороны, достигается тем, что при специальном (урологическом) обследовании не отмечается патологических отклонений, объясняющих необычные ощущения, с другой — тем обстоятельством, что больные остаются безразличными к действительно имеющим место нарушениям сексуальных проявлений, делая акцент на мучительных для них своеобразных ощущениях, от которых в первую очередь и просят избавить.

Ипохондрический симптомокомплекс (ипохондрия) — состояние, при котором внимание к своей болезни принимает характер утрированной, неадекватной озабоченности.

Ипохондрия входит в структуру других синдромов (навязчивости, депрессии, психического автоматизма). Так, ипохондрия в сочетании с навязчивостями выражается в том, что больных одолевают сомнения — не страдают ли они соматическим заболеванием. Больные понимают абсурдность этих предположений, пытаются бороться с ними, однако избавиться от этих мыслей не могут.

Синдром сверхценных идей. Источником возникновения сверхценных идей являются реальные события и факты, но при этом значение событий переоценивается и они приобретают в сознании больного доминирующее значение, не соответствующее истинному.

Примером развития сверхценных идей может быть сутяжничество (кверулянтская борьба), которое больные затевают с целью восстановления справедливости, наказания обидчика, признания их открытия и т. д. При этом они обращаются в различные инстанции, тратят всю свою энергию для достижения цели.

У больных, обращающихся к сексопатологу, чаще всего имеют место сверхценные идеи ипохондрического содержания, развивающиеся после действительных неудач в половой жизни, которые имели случайный, чисто ситуационный характер, или после мнимых «неудач» (при псевдоимпотенции). В таких случаях обнаруживается фиксация внимания на «сохранении половой силы», больные много лечатся, тревожны, у них снижается настроение. С течением времени сверхценные идеи при благоприятных условиях могут исчезнуть. Это отличает их от бредовых идей, которые имеют тенденцию к дальнейшему развитию; кроме того, сверхценные идеи в отличие от бредовых строятся не на ложных, неправильных умозаключениях, а на основе реальных фактов и событий. В отдельных случаях возможна трансформация сверхценных идей в бредовые. Особенностью сверхценных идей у больных с половыми нарушениями является их большая стойкость — они могут существовать годами. Это, по-видимому, объясняется большой психологической значимостью половых функций и их нарушений у человека.

Бредовые синдромы. Под бредом понимается не соответствующее действительности, стойкое, ошибочное суждение, не поддающееся переубеждению и коррекции фактами, которое связано с нарушением психической деятельности. По механизмам развития бред делится на две основные формы: остро возникающий, образный, чувственный бред, и развивающийся хронически систематизированный бред толкования. Врач-сексопатолог встречается, как правило, с последней разновидностью бреда.

Состояние, характеризующееся систематизированным (интерпретативным) бредом того или иного содержания, определяется как паранойяльный синдром, который нередко встречается в сексологической практике. В основе бреда толкования (объяснения) лежит нарушение абстрактного познания действительности. Система бреда строится на цепи доказательств, которые обнаруживают субъективную логику, а факты, приводимые в доказательство, толкуются больными крайне односторонне. Те факты, которые противоречат концепции больного, вообще игнорируются им. В результате возникновения такого расстройства у больного возникает своя система, объяснение, толкование определенных явлений. Одним из видов паранойяльного синдрома является *бред ревности*. При этом отдельные подозрения и индифферентные факты связываются в систему доказательств вины партнера.

Другой разновидностью паранойяльного бреда является ипохондрический бред — убежденность больного, что он страдает каким-либо неизлечимым заболеванием. У ряда таких больных, которые приходят с жалобами на половые нарушения, появляется убежденность, что эти расстройства связаны

с последствиями венерических заболеваний, воздействием радиации либо с другими какими-либо не имеющими места в действительности обстоятельствами. Такие больные высказывают массу доводов в пользу того, что врачи не могут обнаружить признаков болезни, повторно требуют проведения анализов, говорят о наличии «типичных» симптомов, о которых они читали «соответствующую литературу». Отсутствие объективных признаков болезни трактуется ими как следствие ошибок и недостаточной внимательности врачей. Убежденность в наличии «тяжелых последствий» венерического заболевания и влияния его на половую сферу (а также и других факторов, к которым они часто относят онанизм, прерванные половые сношения, имевшие место в прошлом и т. д.), принимая бредовой характер, заставляет многих больных заниматься самолечением, у них возникает убежденность в необходимости «исправления половых нарушений» при помощи оперативного вмешательства; они упорно добиваются этого любыми путями.

Один больной, журналист по профессии, считал, что половая слабость, выражавшаяся у него в «отсутствии качественного оргазма», обусловлена «нераспознанным» раком яичка, который он сам у себя прощупал, требовал лечения, несмотря на отсутствие признаков болезни; в дальнейшем «изобрел» свой метод лечения подобных половых расстройств, который испытал на себе и «добился успеха». Суть метода заключалась во введении внутрь тестикул водки с последующим погружением их в холодную и горячую воду. Составил подробную схему лечения с указанием дозировок и апеллировал в различные научные учреждения с требованием внедрить его «метод» в практику.

Разновидностью паранойяльного бреда является также бред *дисморфофобии* (неправильного строения каких-либо частей тела, например лица, половых органов и т. д.). На прием к врачу-сексопатологу обращаются и такие больные, которые убеждены в «уродстве», «недоразвитии» половых органов, что, по их мнению, не дает им возможности жить половой жизнью. Их не удается переубедить даже после объективного осмотра и установления нормального строения половых органов — эти больные упорно держатся своего мнения, они стесняются показываться в обнаженном виде в бане, не ходят на пляж, так как стесняются мнимого уродства, из-за этого часто прекращают половую жизнь. Нами наблюдался больной 27 лет, научный сотрудник, который с 16 лет, обнаружив у себя «недоразвитие» гениталий, постоянно обращается к различным врачам с просьбой «удлинить половой член» (длина члена 8 см). Будучи убежденным в том, что половой член у него «недоразвит», решил, что не сможет жениться: имеет лишь единичные случайные связи и только с такими женщи-

нами, рост которых не превышает 150 см, так как считает, что «из-за дефекта» может удовлетворить только женщину с малыми размерами влагалища.

У больных на приеме сексопатолога можно выявить и бред отношения, т. е. убежденность, что к ним по-особому относятся; бред преследования, выражающийся в убежденности, что их преследуют; бред воздействия, когда больные считают, что половое нарушение вызвано наговором, тем, что «сглазили», «подсыпали зелье» и т. д. У них могут возникать бредовые идеи особого значения — стойкая убежденность, что окружающие осуждающе смотрят на них, догадываются о их половой неполноценности. Под влиянием бреда они часто меняют место жительства, становятся «бредовыми мигрантами». Другие бредовые синдромы (галлюцинаторно-параноидный, парафренный и др.) в практике сексопатолога обычно не встречаются.

Таковы основные виды нарушений психической деятельности, которые отмечаются при изучении психического статуса у больных, обращающихся к сексопатологу. Умение правильно оценивать и описывать психический статус является важным моментом в сексологической практике, так как помогает понять сущность полового расстройства, связанного с нарушением психической деятельности, и, следовательно, рационально построить терапевтическую тактику.

Исследование уро-генитального аппарата сексологических больных

Предварительные сведения, полученные на предыдущих этапах (в частности, антропометрическая характеристика величины полового члена), дополняются данными осмотра, пальпации и массажа, выполняемыми с применением традиционных приемов клинической урологии [153, 132].

При осмотре полового члена выявляются пороки его развития (гипоспадия и эписпадия), фимоз, воспаление крайней плоти или головки (баланопостит), состояние губок наружного отверстия уретры, наличие или отсутствие выделений из мочеиспускательного канала, их характер. Затем при осмотре мошонки обращают внимание на ее величину, выраженность складчатости и пигментации кожи, степень ее отвисания, наличие отека и ангиэктазий. Определив размеры яичек, пальпируют яички, их придатки и семенной канатик, обращая внимание на консистенцию, характер поверхности. При пальпации семенного канатика обязательно отмечают наличие или отсутствие венозного застоя и изменения диаметров вен в его сплетениях и стенки самого протока.

Основным методом исследования предстательной железы является ее пальпация. Обследуемому придается коленно-лок-

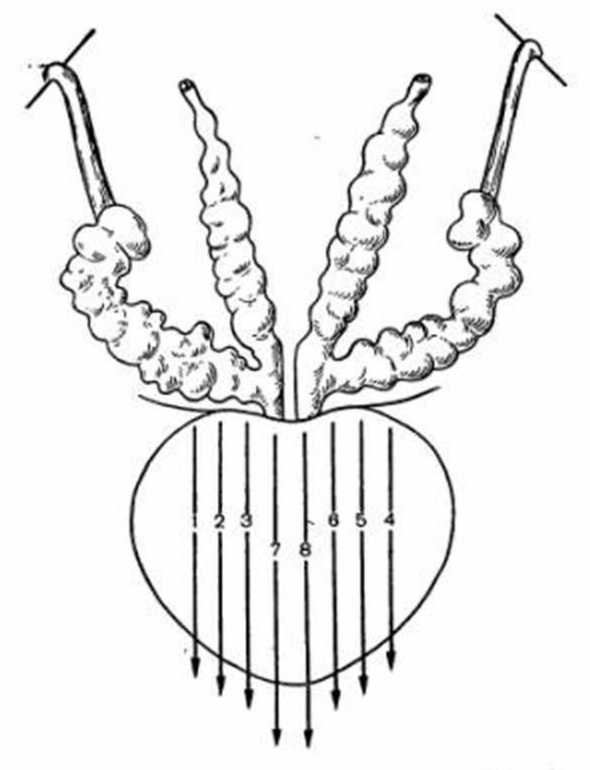


Рис. 69. Последовательность (1—8) массажа правой и левой доли предстательной железы (по А. Я. Пытелю, 1970).

тевое положение на правом боку. Отмечается наличие или отсутствие геморроидальных узлов, трещин, воспалительных инфильтратов. На правую руку надевают резиновую перчатку или напальчник. Затем в прямую кишку вводят указательный палец правой руки и определяют размеры, форму и консистенцию предстательной железы и семенных пузырьков. На середине поверхности определяется, как правило, вертикальная борозда, разграничивающая правую и левую долю железы. Консистенция железы в норме однородная, мягко-эластическая, поверхность гладкая, стенка прямой кишки над железой смещается легко. Поскольку, однако, предстательная железа является железисто-мышечным образованием, она может быть мягкой на ощупь при преобладании железистой ткани и более плотной — при значительном развитии соединительной и мышечной ткани.

Для получения секрета предстательной железы производят ее массаж. Для этого, введя палец до верхнего полюса правой доли железы, начинают поглаживать ее, мягко нажимая при этом на железу сверху вниз, параллельно уретре. После того как произведен массаж правой доли железы, переходят к массажу левой доли. Под конец несколько раз производят легкое надавливание посередине железы (рис. 69). Обычно после этого из наружного отверстия уретры начинает выделяться простатический секрет, который собирают на предметное стекло.

Если из уретры простатический секрет не выделился, то больному предлагают сразу же после массажа помочиться. Первые порции мочи будут содержать элементы простатического секрета, попавшие в заднюю уретру во время массажа.

Обычно из наружного отверстия уретры выделяется 2—4 капли секрета, которых вполне достаточно для анализа. При соответствующем опыте секрет можно получить у подавляющего большинства больных. Однако, если его не удается получить при первом обследовании, не следует интенсифицировать

массаж; полезнее перенести эту процедуру на последующие посещения, когда больной привыкнет к обследованию.

В ряде случаев производится клинико-лабораторное исследование эякулята, которое способствует топической диагностике расстройств нейрогуморальной и эякуляторной составляющих (поскольку эякулят состоит из смеси продуктов семенников с секретами добавочных и уретральных желез). Эякулят получают после 4—7-дневного полового воздержания, предпочтительно методом виброэякуляции [141]. Исследуют эякулят макроскопически (количество, цвет, консистенция), микроскопически (спермиограмма) и биохимически (доказано [383, 439], что сдвиги в содержании лимонной кислоты связаны с поражением предстательной железы, а фруктозы — семенных пузырьков).

Карта сексологического обследования женщин

Сексопатолог, ведущий прием и мужчин и женщин, должен владеть наряду с упомянутыми выше методами обследования также приемами гинекологического обследования, так как сексопатолог, полностью полагающийся на заключение гинеколога, не сможет правильно оценить степень влияния нарушения или вариантов нормы в генитальной сфере женщины на сексуальные проявления в каждом конкретном случае.

О степени влияния нарушений генитальной сферы женщины на возникновение сексуальных расстройств не существует единого мнения. Так, по данным З. В. Рожановской [199], при хронических воспалительных заболеваниях женской половой сферы процент аноргазмии по сравнению с нормой статистически достоверных различий не выявляет. По данным Я. Рабоха, сексуальные нарушения встречаются гораздо чаще у женщин, страдающих гинекологическими заболеваниями, по сравнению со здоровыми (табл. 35).

Табл. 35 демонстрирует увеличение частоты сексуальных нарушений по сравнению с нормой при общих гинекологических заболеваниях, еще больше — при туберкулезных поражениях гениталий (что можно объяснить большой выраженностью деструктивных изменений в сочетании с туберкулезной интоксикацией). Однако четкая корреляция между тяжестью гинекологического заболевания и степенью сексуальных нарушений прослеживается не всегда, что видно из этой же таблицы: в одних случаях даже при генитальном туберкулезе сексуальные нарушения отсутствуют (16,9%), и наряду с этим стойкие болезненные ощущения, делающие половую жизнь невозможной, не сопровождаются какими-ли-

Таблица 35

Зависимость частоты сексуальных нарушений у женщин от поражения генитальной сферы

(в процентах) (по Я. Рабоху [477])

Тип сексуального реагирования	Гинекологические больные	Туберкулез гениталий	Контрольная группа
Сексуальное либидо выражено: Половые акты сопровождаются оргазмом	38,6	16,9	67,6
Сексуальное либидо выражено: Половые акты приятны, но не сопровождаются оргазмом	5,1	—	16,8
Сексуальное либидо не выражено (индифферентность к половому акту), эпизодические оргазмы	27,2	33,8	6,0
Сексуальное либидо не выражено (индифферентность к половому акту); полное отсутствие оргазма	13,8	15,5	7,6
Эпизодические болезненные ощущения во время акта, снижающие способность к оргазму и отрицательно сказывающиеся на общем самочувствии после половых актов	10,5	31,0	1,6
Стойкое нежелание, сопротивление половому акту, в течение которого испытывает только боль, а после акта неудовлетворенность, депрессию и отвращение	4,8	2,8	0,4

бо изменениями со стороны половых органов (0,4%) — это так называемые функциональные боли, боли при вагинизме. Как известно, после полной хирургической или рентгеновской кастрации, а также после прекращения менструаций в менопаузе в одних случаях рекреативная сексуальная функция претерпевает глубокую дезинтеграцию, в других же — сохраняется на длительное время [448, 449], а в третьих даже усиливается. А. М. Свядощем [213] описано пробуждение сексуальности у женщины 60 лет после 42 лет регулярной половой жизни, через 15 лет после начала менопаузы. В конечном счете наличие или отсутствие сексологических расстройств и степени их выраженности после тех же лучевых воздействий или при хронических воспалениях придатков матки не столько определяются изменениями в самих половых органах, сколько сохранностью различных компонентов эндокринного обеспечения, а также внутри- и межличностного баланса. В противоположность этому наличие преморбидной личностной или соматической отягощенности приводит к трудно поддающимся терапии сексуальным нарушениям даже при самых незначительных изменениях в половых органах.

В Отделении сексопатологии Московского научно-исследовательского института психиатрии Министерства здравоохранения РСФСР разработана карта сексологического обследования женщин, основанная на тех же принципах, что и мужская:

КАРТА СЕКСОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ №

Ф.и.о. . . . . Дата обследования . . . . . .
Возраст . . . лет (. . . г. рожд.) Образ. индекс . . . .
Профессия . . . .
Адрес . . . . .Телефон . . . .
Кем направлена . . . .
СФЖ . . . .
Заключительный диагноз . . . .

1. Жалобы; когда и при каких обстоятельствах впервые возникла мысль о наличии полового расстройства; динамика и проведенное ранее лечение . . . .
2. Либидо . . . .
   Воспитание . . . .
   Сексуальные игры . . . .
   Платоническое либидо . . . .
   Эротическое либидо . . . .
   Сексуальное либидо и половая осведомленность до первой близости
   Развитие молочных желез . . . .
3. Менструации с . . лет, по . . . дней, установились сразу (через . . .), скудные, умеренные, обильные, болезненные, безболезненные . .
   Отношение к менархе (была подготовлена матерью, подругой, отнеслась спокойно, испугалась) . . . .
   Последняя менструация . . . .
   Предменструальный период . . . .
4. Мастурбация с . . . лет. Источник информации . . . Частота . . . . . В какой форме . . . .
   Сопровождается оргазмом . . . . .фантазированием .
   В настоящее время . . . .
   Отношение к мастурбации . . . .
5. Петтинг . . . . пассивный, активный, поверхностный, глубокий, односторонний, двусторонний . . . .
6. Половая жизнь в . . . лет с . . . .
   Первый коитус . . . .
   Что испытывала перед первой близостью и при ней . . . . .
   Дефлорация . . . .
   Как развивались и чем кончились отношения . . . . . .
7. Добрачные связи . . . .
   Замужем с 19. . . года (с . . . лет). Мужу было в то время . . . лет. Мужу сейчас . . . лет
   Муж работает . . . . Его образование . . . . .
   Особенности его характера . . . .

. . . .
. . . .
. . . .
. . . .
. . . .

   Отношения с мужем вне сексуальной сферы . . . . . .
. . . .
. . . .

   Факторы выбора при заключении брака . . . .
   Инициатива выбора: собственная, настояние родителей, настойчи-

вость мужчины . . . .
Мотивация выбора: любовь, житейские соображения, психологические (боязнь остаться одинокой и др.) . . . .

8. Представление о сексуальной норме . . . .
. . . .
Факторы, его формирующие: личный опыт, разговоры с подругами, литература . . . .

9. Отношение к половому акту: влечение, равнодушна, не противен, в тягость, отвращение . . . .
. . . .
Потребность в сексуальной близости . . . .
первые годы . . . . последний год . . . .
. . . .
. . . .
Когда сама стала проявлять инициативу для сближения и в какой форме . . . .
. . . .
. . . .

10. Ласки перед сношением, продолжительность . . . .
. . . .
. . . .
Какие ласки предпочитает . . . .
. . . .
. . . .
Эрогенные зоны, находящиеся за гранью диапазона приемлемости (в особенности положительные) . . . .
Какие позы приемлет . . . .
Трудноприемлемые позы . . . .
Поведение мужа при близости (проявляет нежность, такт, заботу, грубость, эгоизм, стереотипность) . . . .
Отношение к изобретательности мужа в формах предварительных ласк и при выборе позиции полового акта . . . .
. . . .

11. Продолжительность полового акта . . . .
. . . .
. . . .
Ритм половой жизни (его соответствие потребностям) . . . .
Во время полового акта активна . . . .
Когда появилась потребность личных корректив в формах интимной близости . . . .
Отношение к этому мужа . . . .
. . . .

12. Какие чувства испытывает при интимной близости, если положительные, то на какую фазу приходится максимум . . . . .
. . . .
если отрицательные, то на какую фазу приходится максимум . .
. . . .
. . . .
Потребность в завершающей ласке . . . .
. . . .
. . . .

13. Впервые испытала оргазм . . . .
. . . .
. . . .
Источники возникновения оргазма в течение жизни . . . . .
. . . .
Характер оргазма . . . .
По форме: пикообразный, повторный, волнообразный . . . .
по интенсивности: яркий, бледный . . . .
по локализации . . . .

зависимость от фазы менструального цикла . . . .
% оргастичности максимальный . . . в настоящее время . .
Влияние переутомления и неурядиц бытового характера . . .
. . . .
. . . .

14. Эротические сновидения, грезы . . . .
Неотреагированные сексуальные желания . . . . . .
Отклонения и перверзные тенденции . . . .

15. Переносимость отсутствия половой жизни . . . . . .
. . . .
. . . .

Как характеризует половую способность мужа . . . . .
Упрекает ли мужа в неполноценности . . . .
Есть ли сексуальное влечение к другим мужчинам . . . .
Считает ли себя привлекательной . . . .
. . . .
. . . .

Внебрачные связи . . . .
. . . .
. . . .

16. Последний коитус . . . .
. . . .
. . . .

17. Беременности . . . .
Роды, влияние на сексуальность . . . .
Аборты, влияние на сексуальность . . . .
Меры предохранения . . . .
Страх беременности . . . .
Климакс . . . .
. . . .

Мочеиспускание . . . . . Энурез . . . Дефекация . . .

18. Алкоголь . . . .
его влияние на половые функции . . . .
Курит с . . . лет, в среднем . . . .
Другие наркотики . . . .
Жилищные условия: комнат, кв. м (отдельная квартира) . .
на . . . человек . . . .
Отдельной комнатой . . . . располагает . . . .
Постель общая, раздельная . . . .
. . . .

19. Анамнез жизни . . . .
Сведения о родителях и родственниках . . . . . .
. . . .

Как протекала беременность и роды . . . .
Родилась . . . по счету; имеет . . . братьев, . . . сестер
Перенесенные заболевания . . . .
. . . .

Нервно-психические (включая психотравмы и трудные жизненные ситуации) . . . .
. . . .

Уро-венерологические . . . .
Гинекологические . . . .
. . . .

Профессиональные вредности . . . .
. . . .

Учеба . . . .
. . . .

Социальное продвижение . . . .
. . . .
. . . .

20. Личностные особенности и основная невротическая симптоматика
Индивидуальные черты характера (начиная с его становления, со слов обследуемой) . . . .

Характер и динамика основной невротической симптоматики и некоторых личностных свойств . . . .
. . . .

Симптомы, свойства	Продолжительность		
	всего	>5 лет	<5 лет
Общая слабость, утомляемость			
Замкнутость			
Мнительность			
Застенчивость			
Нерешительность, неуверенность			
Сенситивность			
Навязчивости			
Неустойчивость настроения			
Сниженный фон настроения			
Раздражительность, вспыльчивость (без потери контроля)			
Аффекты, взрывчатость (с потерей контроля)			
Асоциальные (или гиперсоциальные) тенденции			
Ревность			
Сужение круга интересов			
Расстройства сна			
Головные боли			
Кардиалгии			
Боли другой локализации			
Сосудистая неустойчивость			
Желудочно-кишечные дискинезии			
Гипергидроз, дистермии			

Краткое заключение . . . .

. . . .

Тип ВНД	М	Х	С	Ф
Возбуждение	—	+	+	+
Торможение	±	—	+	+
Уравновешенность	±	—	+	+
Подвижность	±	+	+	—

Художественный тип
Средний »
Мыслительный »

В досуге доминирует:
- развитие
- развлечения
- отдых

Доминирующая мотивация
1. Обеспечение жизненных процессов
2. Престиж
3. Творчество

Шкала ценностных ориентаций
- Профессиональные интересы
- Быт
- Культурные интересы
- Сексуальная сфера
- Хобби

Почему обратились к сексопатологу . . . .
. . . .

Отношение к сексопатологическому расстройству (адекватное, неадекватное) . . . .

21. Объективные данные

— 99	— 92	— 184	— 37	— 42
— 96	— 90	— 180	— 36	— 41
— 93	— 88	— 176	— 35	— 40
— 90	— 86	— 172	— 34	— 39
— 87	— 84	— 168	— 33	— 38
— 84	— 82	— 164	— 32,5	— 37
— 81 —	— 80 —	— 160 —	— 32 —	— 36
— 78	— 78	— 156	— 31,5	— 35
— 75	— 76	— 152	— 31	— 34
— 72	— 74	— 148	— 30	— 33
— 69	— 72	— 144	— 29	— 32
А	Б	В	Г	Д

А — окружность грудной клетки

Б — высота ноги . . . . . .

В — рост . . . Масса . . . .

Г — ширина таза . . . . . .

Д — » плеч . . . . .

Трохантерный индекс . . .

Молочные железы . . . . .

Диаметр ареол сосков — правого левого . . . .

Преимущественное отложение жира (грудь, живот, бедра, туловище, ноги) . . . .

Наличие стрий . . . . . .

Оволосение . . . .

Лобок . . . .

Гипертрихозы (локализация) . . . .

Седина . . . .

Эндокринная система: . . . .
. . . .

Внутренние органы: . . . .
. . . .

Артериальное давление . . . .
. . . .

Нервная система: . . . .
. . . .

Л П

Пульс лежа . . . . стоя . . . .
Ладони . . . .
Дермографизм . . . .
красный — появляется через . . . .
держится . . . .
белый . . . .

Психический статус . . . .
Гинекологический статус . . . .
Наружные половые органы . . . .
Расстояние от клитора до наружного отверстия уретры . . .
Высота промежности . . . Влагалище . . . Слизистая . . .
Мышцы промежности . . . .
Шейка матки . . . . Симптом «зрачка» . . .
Матка . . . .
Придатки матки . . . .

22. Дополнительное обследование . . . .
СФЖ — IX. Внешний облик . . . .
0 — грубые, бросающиеся в глаза дефекты (хромота, обезображивающие наросты и т. д.) . . . .
1 — наличие дефектов внешнего облика, выявляемых не с первого взгляда, при более длительном контакте . . . .
2 — общая невыразительность, заурядность внешнего облика при отсутствии четких дефектов . . . .
3 — привлекательность внешнего облика и поведения . . . .
4 — редкая («классическая») красота, бросающаяся в глаза . .

23. Предварительный диагноз . . . .

I		
II		
III		

24. Лечение и динамика последующего наблюдения . . . . . .

Квантификационная шкала СФЖ

Эффективность квантификационной шкалы СФМ обусловила многочисленные попытки создания аналогичной шкалы для сексуальных проявлений у женщин. Однако эти попытки сталкивались с трудностями, обусловленными специфическими особенностями женской половой сферы. Игнорирование этой специфики составляет, например, недостаток шкалы С. Дончева (Болгария), представляющей прямое переложение 10 показателей последнего варианта СФМ (1970). Клинические испытания аналогичной шкалы [28] подтвердили необходимость как квантификации сексуальных проявлений у женщин, так и создания вопросника, отражающего специфические особенности женской сексуальности. С учетом этого опыта в Отделении сексопатологии Московского научно-исследовательского института психиатрии Министерства здравоохранения РСФСР была составлена шкала СФЖ (сексуальная формула, женская), последний вариант которой (1973) представлен ниже.

СФЖ	Замужем в настоящее время . .
	Никогда не была замужем . . .
Инициалы . . . Дата	Вдова . . . .
	Разведена . . . .

В каждом из разделов (отмеченных римской цифрой) обозначьте знаком V пункты, наиболее отвечающие Вашему состоянию в настоящее время [1].

---

[1] В анкете, выдаваемой пациентке, арабские цифры отсутствуют.

I. Менструации

0 — кровянистых выделений из половых путей никогда не было
1 — нерегулярные кровянистые выделения из половых путей или регулярные из других мест (например, носовые)
2 — менструации стали нерегулярными или полностью прекратились в течение последних лет (подчеркнуть)
3 — менструации утрачивали свою регулярность только под влиянием неблагоприятных условий, при нервно-психических переживаниях, в летний период или при смене места жительства
4 — менструации всегда сохраняли свою периодичность, даже в самых неблагоприятных условиях

II. Отношение к половой активности

0 — половой акт всегда вызывал непреодолимое отвращение (или боль)
1 — половой акт с некоторых пор вызывает отвращение, и поэтому ищу предлог, чтобы от него уклониться
2 — половой акт безразличен и участвую в нем без внутреннего побуждения (из чувства долга или чтобы избежать конфликта)
3 — половой акт доставляет удовольствие, но степень наслаждения находится в явной зависимости от фазы менструального цикла
4 — половой акт вызывает глубокое наслаждение всегда, независимо от фазы менструального цикла

III. Выделение влагалищной слизи к началу полового акта

0 — никогда не отмечала подобного явления
1 — наступает не всегда и находится в зависимости от фазы менструального цикла (в «неблагоприятные» периоды не наступает даже при длительных предварительных ласках)
2 — наступает со значительным постоянством (независимо от фазы менструального цикла), но при условии достаточной длительности предварительных ласк
3 — наступает во всех случаях, при условии, что половой акт совершается по внутреннему побуждению
4 — наступает всегда и очень быстро (даже при самых поверхностных ласках, таких как поверхностные беглые объятия и поцелуи, а иногда и просто при разговоре, принимающем интимный характер)

IV. Наступление глубокой острой нервной разрядки (оргазм)

0 — никогда ни при каких обстоятельствах не испытывала оргазма
1 — испытывала оргазм только при сновидениях эротического содержания
2 — испытывала единичные случаи оргазма при исключительных обстоятельствах (сексуальные «игры», особые формы полового воздействия при общении с изощренным мужчиной) или самораздражении
3 — оргазм наступает примерно в половине всех половых актов
4 — оргазм наступает более чем в 80% всех половых актов; бывают повторные оргастические разрядки при однократном половом акте

V. Физическое самочувствие после половых актов

0 — боль при ощущении тяжести в половых органах
1 — полное физическое безразличие
2 — ощущение неотреагированного полового возбуждения, долго не исчезающего

3 — ощущение разрядки полового возбуждения, наступающее сразу по окончании полового акта или в процессе заключительных ласк
4 — удовлетворенность и приятная усталость

VI. Настроение после сношения

0 — отвращение или (и) чувство униженности
1 — чувство избавления от досадной обязанности
2 — чувство полного безразличия
3 — удовлетворение от сознания выполненного долга (или удовольствие от сознания доставленной мужчине радости)
4 — чувство благодарности к мужчине за испытанное удовольствие, радость обоюдно разделяемого взаимного сближения

VII. Уровень половой активности

Половые акты осуществляются со следующей периодичностью:
0 — никогда не было
0,5 — с интервалами не менее года
1 — несколько раз в год, но не чаще раза в месяц
2 — несколько раз в месяц, но не чаще раза в неделю
3 — раза два или несколько чаще в неделю
4 — ежесуточно один или несколько раз

VIII. Длительность сношения

Семяизвержение у мужа (или сексуального партнера) наступает:
0 — еще до введения члена или в момент введения
0 — не наступает ни при каких обстоятельствах
0,5 — через несколько секунд после введения
1 — наступает не при каждом половом акте; сношение носит затяжной, подчас изнурительный характер
2 — примерно в пределах 15—20 движений
3—4 — через 1—2 мин или дольше (указать примерную длительность)

Длительность полового расстройства

0 — с начала половой жизни
1 — больше чем полгода
2 — менее полугода
3 — в настоящее время нет никаких расстройств, но они случались в прошлом (в особенности в начале половой жизни)
4 — не знаю, что такое иметь затруднения в половой жизни

Крайне важная для самоутверждения женщины характеристика ее внешнего облика отражена в IX показателе шкалы и отмечается врачом по окончании объективного обследования (см. § 22 карты сексологического обследования).

Показатели СФЖ подразделяются на диады; первая диада характеризует ранние стадии копулятивного цикла, предшествующие половому акту как таковому (I — состояние гормонального фона, индикатором которого является устойчивость менструального цикла; II — отношение к половой активности, определяемое главным образом психической составляющей).

Вторая диада отражает объективные параметры реализации полового акта, определяемые степенью возбуждения, достига-

емой в стадии предварительных ласк и свидетельствующей о наступлении готовности к началу полового акта (III) и способностью к оргазму (IV). Третья диада (V и VI показатели) отражает физическую и психологическую реакцию женщины после полового сношения. Четвертая диада характеризует не сексуальные проявления обследуемой, а те косвенные предпосылки для развертывания сексуальных свойств женщины, которые обычно обеспечиваются мужем: высоту уровня половой активности (VII) и продолжительность половых актов (VIII).

После соответствующей коррекции полученные цифры вносят в карту сексологического обследования, выделяя наклонными линиями диады, характеризующие особенности сексуального профиля обследуемой, нормативный образец которого приближается к следующему: 33/33/33/33/3/3—6/6/6/6/3/3—30.

Сексологический анамнез

Еще до выяснения жалоб пациентки врач обычно знакомится с числовым рядом СФЖ. После уточнения жалоб необходимо выяснить, когда и при каких обстоятельствах возникла мысль о наличии полового расстройства. Если у мужчины она обычно возникает после изменения стереотипа или в результате высказанных женщиной упреков, то женщина к этой мысли чаще приходит иным путем.

До тех пор пока развитие либидо и остальные проявления сексуальности у женщины находятся на одном уровне, дискомфорта она не ощущает. В течение длительного времени женщина может стабилизироваться на любом уровне либидо и испытывать соответствующее этому уровню удовлетворение. Только в том случае, если либидо в своем развитии переходит на следующий, более зрелый уровень, а сексуальные проявления по каким-либо причинам задерживаются на прежнем уровне, возникает чувство дискомфорта, заставляющее женщину либо страдать, либо корригировать формы близости. Например, женщины, достигшие уровня платонически-эротического либидо, в первое время замужества обычно не тяготятся сексуальными нарушениями у мужей (даже в случаях отсутствия дефлорации в браке). Такое состояние может сохраняться до пробуждения сексуальности у женщины. Как правило, после этого женщина перестает довольствоваться своим статусом, и в ряде случаев возникает конфликтная ситуация в семье.

Обращения женщин к сексопатологу (§ 20 карты обследования) чаще всего имеют следующие основания:

1. Дискомфорт в результате несоответствия уровня либидо и остальных сексуальных проявлений.
2. Утрата привычных сексуальных ощущений.

3. Претензии со стороны партнера.
4. Желание испытывать то, «что испытывают другие» (учащается с пропагандой медицинских знаний).

Сексологический анамнез у женщин и в дальнейшем несколько отличается от такового у мужчин. Например, раздел «либидо» у женщин сложнее по структуре и начинается с вопросов о воспитании. Необходимо выяснить не только степень строгости воспитания, но и процесс становления либидо с самого начала, так как лишение любви матери, изоляция от сверстников и игр могут не только привести к неправильному формированию либидо, но и к нарушению социальной адаптации. Допубертатные сексуальные игры в той или иной форме — как гомосексуальной, так и гетеросексуальной (от рассматривания половых органов до имитации полового акта) отмечаются почти у половины девочек [362], но обычно к пубертатному периоду прекращаются, стираются из памяти и приносят меньше вреда, чем бурная реакция на эти игры со стороны взрослых. Если девочка была инициатором сексуальных игр и интерес к этим играм сохранился до пубертатного периода, то возраст начала сексуальных игр можно расценивать как свидетельство пробуждения сексуального либидо.

Возраст начала менструаций является одним из кардинальных признаков полового созревания. Отсутствие менархе к 15—16 годам (равно как отсутствие вторичных половых признаков к 13—14 годам) следует расценивать как ретардацию пубертатного развития [26]. В протоколе указывают не только характер менструаций, но и отношение пациентки к менархе, что характеризует степень ее «осведомленности» в то время, состояние эмоциональной сферы, отношение к сексуальным проявлениям, а в какой-то степени и к своей половой принадлежности (так же, как отношение к началу формирования молочных желез).

В первые годы менструальный цикл носит ановуляторный характер, менструации могут быть нерегулярными — это период так называемой физиологической стерильности [455, 362]. Несмотря на более раннее начало пубертата у женщин по сравнению с мужчинами, яичники достигают уровня максимальной зрелости только к 25 годам.

Эрогенные зоны женщины

У мужчин ведущими на протяжении всей жизни эрогенными зонами, раздражение которых вызывает половое возбуждение, являются наружные гениталии. У женщин экстрагенитальные эрогенные зоны играют бо́льшую роль, чем у мужчин, и на некоторых этапах даже доминируют над генитальными. К тому же у женщины, в отличие от мужчины, роль эрогенной зоны может играть любая часть тела. При этом

экстрагенитальные эрогенные зоны у женщин отличаются выраженной индивидуальностью. Примерами редких, строго индивидуальных эрогенных зон могут служить области колена, гребешка подвздошной кости, левой (только левой!) паховой складки и др. Одни и те же наиболее типичные и часто встречающиеся эрогенные зоны для одной женщины могут быть положительными, для другой — индифферентными, для третьей — неприятными, отрицательными. Более того, в разные периоды жизни одной и той же женщины положительные эрогенные зоны могут приобрести индифферентный и даже отрицательный характер и наоборот. Недаром Штекель говорит, что лечение половой холодности — это «путешествие, предпринимаемое для открытий в области эрогенных зон». У некоторых женщин можно получить оргазм и путем изолированного воздействия только на экстрагенитальные зоны.

Наряду со строгой индивидуальностью некоторые эрогенные зоны встречаются более часто и в силу этого бывают общими для многих женщин. К таким зонам относятся молочные железы, соски, губы, полость рта, шея, мочки ушей, внутренняя поверхность бедер, низ живота и поясница. Характеристики эрогенных зон женщины по В. И. Здравомыслову [105] представлены в табл. 36.

Таблица демонстрирует частоту положительных и отрицательных эрогенных зон у женщин. Обращает внимание, что из всех органов чувств у женщин слух дает наиболее высокий эрогенный показатель. Это еще раз подтверждает, что «женщина любит ушами, а мужчина — глазами».

Генитальные эрогенные зоны женщины также неоднородны по своей функциональной значимости и типам возбудимости. А. М. Свядощ различает 4 типа генитальной возбудимости женщины [213]: 1) генерализованный (когда эрогенной зоной являются все наружные гениталии и влагалище), 2) клиторальный (возбудимость при воздействии на клитор при ареактивности влагалища), 3) вагинальный (эрогенной зоной является влагалище, клитор ареактивен) и 4) ареактивный (когда никакие формы стимуляции генитальных эрогенных зон не вызывают возбуждения). В течение жизни типы возбуждения могут изменяться, например клиторальный тип может переходить в вагинальный или генерализованный.

Даже у женщин, принадлежащих к одному типу генитальной возбудимости, реактивность и оптимальный характер стимуляции тех же эрогенных зон строго индивидуальны. При клиторальной возбудимости для одних женщин это — сильное ритмичное давление на головку клитора, для других — медленные штриховые раздражения тела клитора, иногда только правой или левой его половины, у третьих существует другая возбудимая точка. Часть женщин во время стимуляции клитора требуют смены точек воздействия, так

Таблица 36

Характеристики важнейших эрогенных зон

(по В. И. Здравомыслову)

Зона	+3	+2	+1	0	?	—A	—B	—C	ЭП
1. Рот	49	70	74	42	2	12	1	—	1,39
2. Язык	44	32	22	33	62	44	9	4	0,76
3. Нос	—	3	31	106	107	3	—	—	0,23
4. Ухо	9	27	42	50	110	8	4	—	0,76
5. Веки	7	3	92	77	65	6	—	—	0,61
6. Шея	18	35	81	43	66	7	—	—	1,08
7. «Кошачье место»	5	6	18	29	190	2	—	—	0,71
8. Молочные железы	22	78	75	53	4	15	2	1	1,12
9. Соски	87	41	36	26	37	14	6	3	1,61
10. Пальцы рук	2	10	78	70	89	1	—	—	0,64
11. Поясница	4	8	49	79	108	2	—	—	0,53
12. Крестец	3	5	41	79	121	1	—	—	0,46
13. Ягодицы	12	49	53	81	37	16	2	—	0,79
14. Пупок	5	17	34	38	144	10	1	1	0,76
15. Низ живота	7	23	75	34	106	4	1	—	0,94
16. Клитор	106	63	36	13	18	12	2	—	2,07
17. Интроитус	63	71	63	20	18	13	2	—	1,62
18. Шейка матки	65	27	13	13	81	42	9	—	1,19
19. Задний свод	63	28	12	12	81	46	8	—	1,15
20. Анус	7	6	7	62	91	47	24	6	0,46
21. Внутренняя поверхность бедра	12	42	91	62	38	5	—	—	0,97
1. Вкус	5	4	16	151	71	2	1	—	0,19
2. Обоняние	6	15	23	118	38	40	9	1	0,05
3. Зрение	11	28	28	90	54	37	2	—	0,39
4. Слух	18	67	73	33	57	2	—	—	1,34
5. Осязание	15	37	30	73	67	24	4	—	0,64

Примечание. ЭП — эрогенный показатель. Цифрами обозначены положительные эрогенные зоны, буквами — отрицательные. 0 — индифферентно; +1 — приятно; +2 — очень приятно, возбуждает; +3 — очень возбуждает; ? — не знает; —A — неприятно; —B — очень неприятно; —C — отрицательные эмоции.

как через несколько десятков секунд становится невозбудимым данный участок клитора, но высоковозбудимым — близлежащий. При вагинальном типе возбудимыми чаще всего являются вход во влагалище, наружная треть последнего, его передняя стенка. По данным А. М. Свядоща [213], 12% женщин с вагинальным типом возбудимости нуждаются в сильном ритмичном давлении на заднюю стенку влагалища. Есть женщины, у которых возбудимой является только наружняя четверть передней стенки влагалища, так называемая зона S. Для облегчения техники исследования эрогенных зон и наглядности протоколирования В. И. Здравомысловым [105] предложена карта эрогенных зон женщины (рис. 70). Следует учитывать, что эрогенные зоны женщины возбудимы толь-

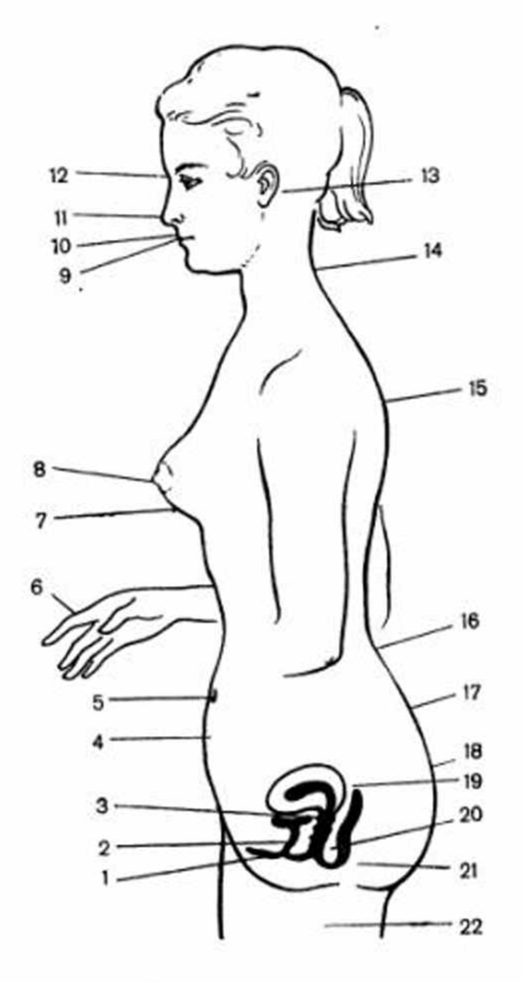


Рис. 70. Карта эрогенных зон женщины (по В. И. Здравомыслову, 1972).

При работе с картой, обследуемая делает соответствующую разметку зон, пользуясь следующей шкалой: 0 — индифферентно; +1 — приятно; +2 — очень приятно, возбуждает; +3 — очень возбуждает; ? — не знает; —А — неприятно; —В — противно; С — очень противно, отрицательные эмоции. 1 — клитор; 2 — уретра; 3 — шейка матки; 4 — низ живота; 5 — пупок; 6 — пальцы и осязание; 7 — молочная железа; 8 — сосок; 9 — язык и вкус; 10 — рот; 11 — нос и обоняние; 12 — веки и зрение; 13 — ухо и слух; 14 — шея; 15 — «кошачье место»; 16 — поясница; 17 — крестец; 18 — ягодицы; 19 — задний свод; 20 — интроитус; 21 — анус; 22 — внутренняя поверхность бедер.

ко при соответствующей настроенности. Женщины, для наступления оргазма у которых достаточно механического воздействия на эрогенные зоны, представляют редкое исключение.

Оргазм

В отличие от однообразного оргазма у мужчин, оргазм у женщин значительно вариабелен. У мужчин оргазм бывает только одной формы — пикообразный, у женщин же различается оргазм как по форме, так и по продолжительности. Однократный кратковременный пикообразный оргазм (только несколько более продолжительный, чем у мужчин) может быть и у женщин. Кроме того, оргазм у женщин может быть повторным и даже многократным, с интервалами от десятков секунд до нескольких минут. Яркость каждого последующего оргазма при этом обычно убывает. Оргазм может быть затяжной, волнообразный, длящийся от нескольких минут до 1—2—3 и даже 4 ч. Ощущения при таком оргазме волнообразно усиливаются и ослабевают. Характер оргазма для одних женщин остается стабильным на всю жизнь, у других может меняться в течение жизни и даже на небольшом отрезке времени.

В отличие от оргазма у мужчин, женский оргазм различается еще и по локализации. Так же, как генитальные эро-

генные зоны женщины, он может быть клиторальным, вагинальным и неопределенной локализации. Ощущения, возникающие в начале оргазма, могут локализоваться либо в области клитора, либо в области влагалища. Некоторые авторы [448, 213] выделяют еще промежностный тип. Некоторые женщины затрудняются точно указать их локализацию. Различия оргазма по локализации носят субъективный характер, с физиологической же точки зрения этих различий нет, равно как нет и соответствия между типом стимуляции, интенсивностью и продолжительностью оргазма [448, 449].

Оргастичность женщины, так же как и уровень либидо, может зависеть от менструального цикла. Если у мужчин источником первого оргазма чаще всего бывают ночные поллюции и мастурбация, то первый оргазм у 40% женщин, по Кинзи [416], наступил при мастурбации, у 24% — при петтинге, у 10% — при добрачном коитусе, у 17% — при коитусе в браке, у 3% — при гомосексуальном контакте и у 1% — при психическом онанизме.

Мастурбация

Если большинство мужчин мастурбирует в возрасте полового созревания (13—18 лет) и полностью прекращает мастурбацию к 25 годам, то у женщин, напротив, частота мастурбации с возрастом нарастает и максимум ее приходится на 30—50 лет. По Кинзи [416], к 7 годам занимались мастурбацией 4%, к 12 — 12%, к 13 — 15% (13 лет — средний возраст наступления первой менструации) и к 35 годам 60% женщин. По данным Асаяма [297], мастурбация среди молодых японок распространена еще меньше: к 12 годам мастурбировали 1% девочек, к 15—4%, к 18 — 6% и к 21 году — 12%.

В отличие от мужчин, женщина чаще начинает мастурбировать самостоятельно, без влияния окружающих, и даже может не отдавать себе отчета в том, что получаемые ею приятные ощущения представляют результат мастурбации. Так, наблюдавшаяся нами пациентка 23 лет в течение некоторого времени до замужества добивалась оргазма направлением струи воды на половые органы при мытье в ванной; при этом она и не подозревала, что это были акты мастурбации. Другая пациентка, 58 лет, несмотря на сильное половое возбуждение, избегала мануального контакта с гениталиями, но добивалась оргазма путем сжатия бедер и принятия определенной позы. Она была уверена, что полностью избежала мастурбации, недопустимой по морально-этическим соображениям.

Если для девочек мастурбация бывает обычно собственной «находкой», то с возрастом все большую роль в распространении женской мастурбации начинают играть устные и печатные источники информации [416] (табл. 37).

Таблица 37

Источник информации	Возраст				Итого женщин	Итого мужчин
	1—10 лет	11—20 лет	21—30 лет	31 год и более		
Устный и печатный источник	21%	42%	72%	86%	43%	75%
Отсутствие информации (собственная находка)	77%	58%	27%	19%	57%	25%

Проводя аналогию с различными типами мастурбации у мужчин, следует отметить следующее. Характерно, что начало мастурбации в пубертатном периоде (самый частный вариант у мужчин) у женщин отмечается гораздо реже. Заместительная же (викарная) мастурбация у женщин встречается намного чаще, и толчком к ее началу чаще всего служат нарушение регулярной половой жизни или неудачная смена партнера (приводящая к изменению привычного стереотипа вследствие урежения или укорочения половых актов). Кроме того, заместительная мастурбация у женщин практикуется не только при прекращении регулярной половой жизни (если у мужчин мастурбация, продолжающаяся после вступления в брак, чаще относится к персeвераторно-обсессивному типу, то женщины прибегают к мастурбации на фоне тягостных ощущений неотреагированного полового возбуждения). По данным Кинзи [416], у замужних женщин в возрасте от 20 до 45 лет и при регулярной половой жизни мастурбация отмечается в 28—44% случаев. При вхождении в климакс у ранее ее практиковавших американок мастурбация не прекращается в 85% случаев. И, наконец, подражательная мастурбация у девочек встречается крайне редко.

Процент оргастичности при мастурбации у женщин, как и при половом акте, увеличивается с возрастом и накоплением индивидуального опыта: к 12 годам — 12%, к 20 — 35% [416].

По данным Кинзи [416], между мастурбацией до брака и наступлением оргазма при половой жизни существует определенная зависимость: если у женщин, никогда не мастурбировавших или мастурбировавших без оргазма, в первый год замужества оргазм отсутствовал в 35%, то среди мастурбировавших с оргазмом — лишь в 15%. И половое удовлетворение при коитусе в первый год замужества испытывали из немастурбировавших около 30%, а из мастурбировавших — около 45%.

Семиологически выяснение формы мастурбации может оказаться полезным для выявления наиболее возбудимых эрогенных зон и определения оптимума половых ощущений, что в свою очередь может облегчить определение путей коррекции проведения половых актов при осуществлении лечебной

программы в случаях отсутствия оргазма (и вообще положительных ощущений при коитусе). В том же направлении можно использовать содержание фантазирований при мастурбации, поскольку они характеризуют ситуации, приближающиеся к индивидуальному оптимуму получения наиболее ярких половых ощущений.

Эротические сновидения

Если у мужчин эротические сновидения с поллюциями, как правило, начинаются в периоде юношеской гиперсексуальности, нередко давая толчок к пробуждению сексуального либидо, то у женщин эротические сновидения обычно начинаются после пробуждения сексуальности и учащаются с возрастом. По Кинзи, эротические сновидения до начала половой жизни бывают у женщин только в 2,8% случаев. У женщин в возрасте 20—25 лет эротические сновидения были в 41%, в возрасте 26—40 лет — в 50%, в возрасте 41—50 лет — в 65% случаев [416]. Такое учащение эротических сновидений с увеличением возраста женщин носит, по-видимому, компенсаторный характер, будучи связано со снижением потенции у мужа, урежением половых актов, гормональной перестройкой в преклимактерическом периоде. То, что эротические сновидения начинаются после пробуждения сексуальности и носят компенсаторный характер, подтверждается и зависимостью частоты эротических сновидений с оргазмом от семейного положения женщины в одних и тех же возрастных группах 21—50 лет: реже всего (11—22%) эротические сновидения бывают у одиноких женщин, у которых не было оптимальных условий для пробуждения сексуальности, у замужних женщин они нарастают до 15—32% и чаще всего (21—38%) они отмечаются у разведенных и вдов [416]. С возрастом женщины нарастает и процент оргастичности при эротических сновидениях. Кроме того, если во время половой жизни женщина испытывает оргазм крайне редко, то во сне оргазм бывает более яркий, и наоборот. Около 1% женщин испытывают оргазм во время сна без эротических сновидений.

Объективное обследование женщин с сексуальными расстройствами

Объективное обследование женщин также имеет свою специфику. Начинается оно с антропометрии, которая производится так же, как у мужчин, только окружность грудной клетки измеряется не на уровне соска, а на уровне V ребра. В отделении сексопатологии Московского научно-исследовательского института психиатрии сетка морфограммы, как и для мужчин, изменена по сравнению с сеткой Декура и Думика.

Описывается степень развитости и состояние молочных желез, что характеризует не только эстрогенную насыщенность, но и уровень гормонов надпочечников и гипофиза [455]. При описании оволосения лобка следует использовать следующие определения: «по женскому типу», «по женскому типу, прореженное», «по мужскому типу», «тенденция к мужскому типу». При описании гипертрихоза необходимо точно указывать его локализацию. Если мужской тип оволосения, гипертрихоз, а также облысение головы по мужскому типу свидетельствуют о повышении андрогенной насыщенности, то исчезновение волосяного покрова в подмышечных впадинах и на лобке патогномонично для гипофизарной недостаточности [455].

Описывая гинекологический статус, полезно акцентировать внимание на правильности развития наружных половых органов, степени развитости клитора, наличии грубых рубцов (особенно в области клитора) после разрывов в родах. Измеряется расстояние от клитора до наружного отверстия уретры, что отражает насыщенность андрогенами в антенатальный период; отдельными авторами увеличению этого расстояния (больше чем 2,5 см) приписывается отсутствие оргазма во время коитуса при клиторальном типе оргазма. При осмотре в зеркалах подробно описываются состояние влагалища (узкое, широкое), его слизистой оболочки, рубцовые изменения, состояние мышц тазового дна. При описании шейки матки определяется ее форма, длина, наличие патологических отклонений. При описании самой матки отмечается ее величина, форма, подвижность, положение. В случае болезненности при обследовании определяется причина этой болезненности.

Если данных анамнеза и объективного статуса недостаточно для постановки диагноза, следует провести дополнительные обследования, из которых специфическими для женщин являются: измерение базальной температуры, цитологическое и бактериологическое исследование влагалищного мазка, исследование шеечной слизи, гистеросальпингография, а также гормональное обследование.

Метод структурного анализа сексуальных расстройств

Основные подходы к решению проблем сексопатологии могут анализироваться в различных аспектах: методологическом (досистемный, псевдосистемный, системный подходы), уровневом (симптоматологический, синдромологический, нозологический подходы), классификационном (феноменологический, анатомический, этиологический, патогенетический подходы). В повседневной диагностической и лечебной практике все эти аспекты обычно интегрируются в виде концепций, отражающих различные направления и школы. Попытки противопоставления какого-либо одного аспекта другим в ущерб целостности подхода осуждаются ведущими клиницистами. Например, А. В. Снежневский в связи с этим пишет: «Распознавание любой болезни, в том числе и психической, начинается с анализа отдельных симптомов. Но симптом — признак многозначный и распознавать нозологически самостоятельную болезнь на основании симптомов невозможно. Сам по себе симптом принимает свое знаковое бытие, начинает означать что-либо только в составе синдромов, симптомокомплекса, статуса» [222].

Метод структурного анализа половых расстройств, основывающийся на общей теории функциональных систем П. К. Анохина [6] и физиологической концепции о стадиях и составляющих копулятивного цикла [47, 48 и др.], представляет совокупность диагностических алгоритмов, обеспечивающих переход от симптомов к синдромам и завершающихся постановкой развернутого клинического диагноза полового расстройства с учетом состояния гормонального обеспечения, элементарных нервных регуляций, психики и уро-генитального аппарата не в их противопоставлении, а в интегральном взаимодействии [52, 60, 70, 196, 197, 175, 125, 277 и др].

В дополнение к этому характеризуется динамика развертывания патологической структуры и выявляются патогенные факторы, совокупное действие которых привело к возникновению сексуального нарушения (с дифференциацией факторов, действие которых ограничилось начальными этапами, от факторов, продолжающих поддерживать расстройство).

Первый этап структурного анализа. Общие и специфические критерии функционального состояния составляющих копулятивного цикла

Как уже говорилось, в рамках единой половой системы нами выделены 4 функциональных комплекса, названных составляющими и характеризуемых по анатомо-физиологическому субстрату и по свойственной каждой составляющей собственной функции. Каждая из этих составляющих (нейрогуморальная, психическая, эрекционная и эякуляторная) может под влиянием патогенных воздействий подвергнуться патологическому изменению, что скажется на ее способности обеспечивать выполнение свойственных ей функций. Первый этап структурного анализа имеет целью установить степень функциональной сохранности каждой составляющей, а в случае ее поражения — идентифицировать клиническую форму синдрома. Решаются обе эти задачи на основе специально разработанных критериев и реестра типовых синдромов.

Поскольку критерии оценки функционального состояния составляющих копулятивного цикла, прошедшие клиническую апробацию применительно к мужчинам, выполняют в ходе структурного анализа две задачи (установление нарушения функции данной составляющей и идентификацию лежащих в его основе клинических синдромов), они несколько условно могут быть подразделены на общие (выполняющие главным образом первую задачу) и специфические (выполняющие вторую задачу).

I. Критерии оценки нейрогуморальной составляющей

Общие

1. Либидо:
   а) выраженность к моменту обследования (I показатель СФМ);
   б) возраст пробуждения либидо.
2. Возраст первой эякуляции.
3. Мастурбации; их клинический тип.
4. Динамика уровней (ритма) половой активности:
   а) с начала половой жизни до начала заболевания (особо учитывается период вхождения в полосу УФР);
   б) в период обращения в данное учреждение (VII показатель СФМ).
5. Эксцессы (максимальный эксцесс и возраст, в котором имел место последний эксцесс).

6. Сексуальные абстиненции:
   а) их характер — абсолютный или парциальный (с поллюциями, мастурбацией и т. д.);
   б) их субъективная переносимость.
7. Пробудилась ли сексуальность у жены и если пробудилась, то через какой период после начала регулярной половой жизни (косвенный критерий).
8. Выраженность вторичных половых признаков.
9. Трохантерный индекс (и другие морфографические данные).

Специфические

Наличие или отсутствие специфической симптоматики (из арсенала клинической эндокринологии или неврологии), свидетельствующей о поражении глубоких отделов мозга (диэнцефальная область и др.) или отдельных эндокринных желез.

II. Критерии оценки психической составляющей

Общие

1. Своевременное (без задержек) начало половой жизни.
2. Удача первого полового акта (наряду с действительной, объективной характеристикой следует учитывать субъективную оценку, данную в то время самим пациентом и его партнершей).
3. Длительность и регулярность половой жизни в последующем (достаточные или недостаточные для выработки и упрочнения условнорефлекторных стереотипов сексуального поведения).
4. Частные и временные (по возрастным периодам) характеристики попыток, не увенчавшихся успехом, и всякого рода срывов или некачественных форм половой активности.
5. Черты характера, затрудняющие сексуальные контакты (мнительность, нерешительность, застенчивость, замкнутость), а также нарушения речи и моторики.
6. Наличие или отсутствие косметических макро- и микродефектов (низкий рост, хромота, косоглазие, обезображивающие рубцы).

Специфические

Наличие или отсутствие врожденной или приобретенной психопатологической или невротической отягощенности (устанавливаемой посредством методов клинической психоневрологии).

III. Критерии оценки эрекционной составляющей

Специфические[1]

1. Объективно регистрируемые неврологические симптомы, подтверждающие наличие топического очага со спинальной, параспинальной или экстраспинальной локализацией (например, поражения nn. erigentes или n. dorsalis penis).
2. Объективно регистрируемые урологическим исследованием симптомы поражения полового члена (рубцовые изменения, induratio penis plastica и т. д.).

IV. Критерии оценки эякуляторной составляющей

Общие

1. Наличие признаков патологического понижения порога возбудимости эякуляторной подсистемы, не связанного непосредственно с психогенно-невротическими механизмами тревожного ожидания (например, в форме болезненно учащенных ночных поллюций).
2. Утрата характерного для нормы «закона силовых отношений», выражающегося обратной пропорциональностью между длительностью полового акта и продолжительностью интервала времени, отделяющего данный половой акт от предшествовавшего; наиболее ярко «закон силовых отношений» проявляется в характерном для нормы четком удлинении продолжительности каждого последующего коитуса при эксцессах.

Специфические

1. Наличие ирритативных, деструктивных очагов или фиброза на сегментарных уровнях от D_{10} до S_4 и прежде всего в предстательной железе или других образованиях заднего отрезка уретры.
2. Наличие или отсутствие в анамнезе патогенных факторов, обуславливающих развитие уро-генитальных отклонений по типу «молчаливого простато-везикулизма» (фрустрации, петтинг, coitus interruptus, истинная пролонгация и т. д.).

---

[1] Отсутствие общих критериев определяется тем, что спинальные механизмы, являющиеся лишь конечным исполнительным аппаратом, принадлежат к филогенетически наиболее ранней формации, отличающейся высокой стойкостью по отношению к патогенным влияниям, и большинство случаев ослабления эрекции обусловливается процессами, разыгрывающимися на более высоких уровнях нервной системы (кортикальном и субкортикальном).

3. Наличие или отсутствие неврологической симптоматики, характеризующей заинтересованность парацентральных долек (ночной энурез в прошлом, поллакиурия, нерегулярности дефекации, не связанные с погрешностями в диете; объективно: симптомы избирательного вовлечения пирамидной иннервации дистальных отделов ног в форме инверсий рефлексогенных зон ахилловых рефлексов, клонусов стоп, симптомов Бабинского и Россолимо и их аналогов, избирательного снижения подошвенных рефлексов; симптомы орального автоматизма и т. д.).

Примечание. Само по себе патологическое укорочение или удлинение продолжительности коитуса (вплоть до функционального асперматизма), так же как инкогруентность (несовпадение) моментов оргазма обоих партнеров, еще не являются досточным основанием для констатации поражения эякуляторной составляющей, так как могут обусловливаться рядом причин, не имеющих ничего общего с патологическим поражением эякуляторной составляющей (например, недостаточная частота половых отношений, не соответствующая индивидуальной потребности мужчины; пониженная сексуальная возбудимость женщины; несоблюдение элементарных требований «техники» полового акта как в отдельных фазах — подготовительной, основной и заключительной, так и в целом вследствие низкой сексуальной культуры и т. д.). Наличие же у пациента выраженных черт тревожной мнительности и неуверенности, питающих страх слишком быстрого окончания полового акта (или, наоборот, страх ненаступления эякуляции), в подавляющем большинстве случаев свидетельствуют о поражении не эякуляторной, а психической составляющей.

При ознакомлении с указанными критериями нетрудно заметить, что во всех общих критериях преобладают приемы исследования и показатели, разработанные в рамках сексопатологии и не применяющиеся ни в одной из пограничных клинических дисциплин, в то время как специфические критерии составлены из диагностических приемов и показателей, непосредственно или с незначительной модификацией отобранных из семиологических арсеналов пограничных специальностей — эндокринологии, психоневрологии и урологии.

Особенности структурного анализа сексуальных расстройств у женщин

По окончании обследования заполняется структурная решетка, которая у женщин состоит не из 4, а из 3 составляющих: 1) нейрогуморальная, 2) психическая, 3) генитально-сегментарная.

Что касается критериев оценки составляющих, то они, как и у мужчин, делятся на общие и специфические. Если общие значительно отличаются от мужских, то специфические почти полностью совпадают (в особенности в нейрогуморальной и психической составляющих). На генитально-сегментарном уровне соответствий меньше.

Заполнение структурной решетки — переходная фаза между первым и вторым этапом структурного анализа

Первый этап структурного анализа, начинающийся с установления патологических отклонений в функциях, обеспечиваемых соответствующей составляющей, требует идентификации конкретных клинических синдромов, обусловливающих эти отклонения, и завершается внесением обозначения выявленных синдромов в структурную решетку карты сексологического обследования (§ 17 у мужчин и § 23 у женщин). Для обеспечения краткости и наглядности используется кодировочный реестр основных сексопатологических синдромов у мужчин.

0. Мнимые половые расстройства

1. С преобладанием предъявления к себе чрезмерных требований.
2. С отнесением к себе воображаемых изъянов.
3. С неадекватной личностной реакцией на физиологические колебания сексуальных проявлений (в том числе на постабстинентные ускорения эякуляции).
4. С преобладанием неправильного поведения партнеров (в том числе при несоблюдении элементарной «техники» коитуса, например при редукции предварительных ласк) или сексуальных дефектов женщины.

I. Синдромы расстройств нейрогуморальной составляющей

1. Плюригландулярные поражения:
   а) нарушения темпов пубертатного развития (ретардация, преждевременное половое созревание или дисгармония пубертата),
   б) возрастная инволюция,
   в) идиопатические формы,
   г) нарушения нейрогуморального баланса, обусловленные применением эндокринных препаратов.
2. Специфические синдромы:

А. Диэнцефальный синдром и другие поражения глубоких структур.

Б. С преимущественным поражением отдельных эндокринных желез:
   а) гипофиза,
   б) половых желез (простато-тестикулярного функционального комплекса),

в) надпочечников (синдромы гипермобилизации надпочечников и их пониженной реактивности),
г) щитовидной железы,
д) поджелудочной железы или печени.

II. Синдромы расстройств психической составляющей

1. Формы с преобладанием конституционально-эндогенных факторов:
   а) односторонняя акцентуация отдельных характерологических параметров личности (например, черт тревожной мнительности; крайние варианты типов высшей нервной деятельности, в частности мыслительный или художественный типы по И. П. Павлову, и т. д.),
   б) психопатии,
   в) эндогенные психозы,
   г) сексуальные нарушения при олигофрении.
2. Формы с преобладанием реактивных (экзогенных, ситуационных) факторов:
   а) при первичном (непосредственном) поражении сексуальной сферы («невроз ожидания неудачи», угасательное торможение, превращение натуральных сексуальных раздражителей в условный тормоз, нарушения психо-сексуальной ориентации вследствие ошибочного определения паспортного пола и т. д.),
   б) при вторичном вовлечении сексуальной сферы в картину невроза, вызванного несексуальными причинами (например, при неврастении, обусловленной трудностями или конфликтами производственного характера), а также при гиперсублимации, соматически обусловленных астенических и депримирующих состояниях и при экзогенных психозах.

III. Синдромы поражения эрекционной составляющей

1. Спинальной локализации (при миелите, рассеянном склерозе, опухолях, травмах и т. д.):
   а) проводниковые,
   б) сегментарные.
2. Экстраспинальной локализации (при каудитах, фуникулитах, плекситах, невритах, опухолях, травмах и т. д.).
3. Заболевания и повреждения полового члена.

IV. Синдромы поражения эякуляторной составляющей

1. При урологических заболеваниях.
2. Вторичная патогенетическая титуляризация (изменение межцентральных нервных отношений, персистирующее после санации урологического очага).

3. Первичная патогенетическая дезинтеграция (синдром парацентральных долек).
4. При заболеваниях спинного мозга:
   а) проводниковые,
   б) сегментарные.

Необходимость заполнения структурной решетки, позволяющей наглядно представить всю имеющуюся патологию, определяется тем, что у больных с половыми расстройствами преобладают сочетанные нарушения, обусловленные вовлечением нескольких составляющих; изолированные поражения одной составляющей составляют от 25,3% [54] до 27,3% [197]. Составление структурной решетки способствует выделению стержневой (ключевой) формы нарушения, а также предиспонирующих (соматический и личностный преморбид) и развивающихся как вторичное осложнение синдромов [57]. В свою очередь необходимость выделения стержневой формы определяется тем, что внешне сходные состояния, отличающиеся лишь структурой связей между синдромами, т. е. внутренней архитектоникой, требуют различного лечения, поскольку трафаретная лечебная тактика обречена на неуспех.

Проиллюстрируем сказанное двумя клиническими примерами (см. ниже структурные решетки). У больного шизофренией с бредом отношения и явлениями дисморфофобии даже при выраженной задержке пубертатного развития и глубоком поражении простаты (хронический простатит) в качестве стержневого следует выделить расстройство психической составляющей; поражение нейрогуморальной составляющей здесь относится к соматическому преморбиду, а эякуляторной — к осложнению на почве нарушения социально-сексуальных отношений (сексуальная изоляция, нарушение ритма половой активности). Здесь успех или неуспех лечения зависит прежде всего от эффективности терапевтического воздействия, направленного на основной процесс и от реабилитации поведения больного.

У другого больного шизофренией в стадии глубокой ремиссии, который сохраняет социальные связи, имеет семью и поддерживает регулярную половую активность, то же сочетание психической, нейрогуморальной и эякуляторной составляющих получит совсем другую трактовку. Такие больные чаще всего жалуются на преждевременное семяизвержение, что вызывает неудовлетворенность у жены, травмирует психику больного и создает угрозу срыва компенсации в семье и на производстве. В подобном случае как стержневое выделяется расстройство эякуляторной составляющей и основные терапевтические усилия направляются на санацию простаты с последующим снятием вторичной патогенетической дезинтеграции курсом хлорэтиловых блокад.

Структурные решетки обследованных

Составляющая	Форма ее поражения[1]	Место составляющей в структуре сексологического нарушения
	Первый больной	
I	Задержка пубертатного развития (1а)	2
II	Шизофрения (1в)	1
III	—	—
IV	Хронический простатит (1)	3
	Второй больной	
I	Задержка пубертатного развития (1а)	3
II	Шизофрения (1в)	2
III	—	—
IV	Хронический простатит с вероятной вторичной патогенетической дезинтеграцией (1; 2)	1

[1] В скобках дан классификационный код.

Второй этап структурного анализа — этап выявления различных форм синдромотаксиса и эмергентности

Второй этап структурного анализа затрагивает свойства и закономерности, имманентные не только обеспечению половых функций, но и всем сложно организованным системам, отличающимся динамизмом внутренних и внешних связей. Вот почему необходимо сначала определить некоторые исходные методологические положения дальнейшего изложения.

Как было показано выше, обеспечение половых функций является частным случаем сложно организованных динамических систем. По определению же И. Б. Новика (1967), система сложного динамизма, характеризуемая в качестве универсального объекта изучения, может рассматриваться как единство трех объективных начал — вещественного субстрата, структуры внутренних отношений и функциональных связей с внешней средой. При этом «проблема связей элементов в системе по существу является центральной для системно-структурного анализа. Расчленение объекта и изучение составных частей его — пройденный этап в развитии естествознания. Выяснение их связей — задача современной науки» [107].

Для сексопатолога особое значение приобретает ц е л о с т н о с т ь той сложной системы, с которой он работает, и не просто целостность, а целостность как воплощение функциональной надежности системы. В современной науке интересующий нас аспект формулируется следующим образом: «Под

целостной системой понимается совокупность компонентов, взаимодействие которых порождает новые (интегративные, системные) качества, не присущие ее образующим» (В. Г. Афанасьев, 1968) и обозначаемые как *эмергентные* (т. е. не сводимые к свойствам элементов). И, наконец, связывая эмергентность с надежностью: «Главным признаком целостности принято считать появление у нового образования каких-либо интегративных свойств, не присущих элементам, составляющим эту систему, и преобладание устойчивости внутренних связей над внешними» [107]. В приведенном определении особенно важен последний момент, ибо устойчивость внутренних связей — наилучшее обеспечение стабильности системы и ее способности противостоять постоянному потоку самых неблагоприятных возмущающих воздействий, попадающих на систему из внешней среды.

Однако устойчивые внутренние связи в самоорганизующихся системах могут складываться не только в модели, повышающие устойчивость, сопротивляемость системы и выгодные для организма, но и в модели патологические. Этот отрицательный тип эмергентности прослеживается в сексопатологии начиная с уровня симптоматологического и может быть проиллюстрирован анализом феноменологии одного из самых ранних и частых сексопатологических проявлений — расстройств эякуляции, начинающихся с изменений длительности фрикционной стадии копулятивного цикла [53].

Системная феноменология расстройств эякуляции как симптома

На самых начальных стадиях этот симптом проявляется изолированно и может быть классифицирован чисто количественно с подразделением на следующие клинические формы:

1. *Относительное ускорение эякуляции* (ejaculatio praecox relativa — EPR), когда семяизвержение наступает до появления оргазма у женщины, хотя с момента имиссии до эякуляции проходит не менее минуты и мужчина при этом производит не менее 20—25 фрикций;
2. *Абсолютное ускорение эякуляции* (ejaculatio praecox absoluta — EPA), когда длительность копулятивной стадии составляет менее 20 фрикций;
3. *Ejaculatio ante portas* (EAP) — наступление семяизвержения в обстановке полового акта, но до введения полового члена во влагалище;
4. *Задержанная эякуляция* (ejaculatio tarda — ET), когда половой акт носит затяжной, подчас изнурительный характер; крайней степенью ET является *функциональный аспермагизм*, при котором эякуляция вообще не наступает.

За этим, однако, следуют качественные изменения эякуляции, выражающиеся в дневных поллюциях, которые разделяются на адекватные и неадекватные. И, наконец, при атонических формах (сперматорея и простаторея) эякуляции как таковой нет, и вместо энергичного извержения семени происходят пассивные истечения, главным образом при натуживании во время дефекации.

При отсутствии своевременной помощи расстройства эякуляции осложняются присоединением других феноменов, что заставляет характеризовать каждое расстройство не только по интенсивности, но и по экстенсивности, добавляя к обозначению интенсивности нарушения римские цифры: I — при изолированном расстройстве эякуляции; II — при сочетании с ослаблением эрекций; III — при сочетании с ослаблением эрекций и снижением полового влечения (или притуплением оргазма). Статистические данные Всесоюзного научно-методического Центра по проблемам сексопатологии (Московский научно-исследовательский институт психиатрии Министерства здравоохранения РСФСР) выявляют распределение, демонстрируемое табл. 38:

Таблица 38

Процентное распределение расстройств эякуляции по интенсивности и экстенсивности

Интенсивность симптома / Экстенсивность симптома	Количественные варианты				Дневные поллюции		Атонические варианты (сперматои простаторея)	Итого
	ET	EPR	EPA	EAP	адекватные	неадекватные		
I	0,6	13,0	8,5	5,5	1,9	0,9	0,3	30,7
II	1,2	11,8	16,3	12,1	3,0	2,4	3,3	50,1
III	3,3	2,1	4,8	3,6	1,9	1,9	1,6	19,2
Всего . . .	5,1	26,9	29,6	21,2	6,8	5,2	5,2	100,0

Изучение различных типов межсиндромного взаимодействия — направление современного этапа развития сексопатологии

В 1969 г. А. А. Портнов [189], рассматривая принципы и критерии синдромологической и нозологической систематики и показав на материале психозов, что на различных этапах качественно разнородных клинических состояний наблюдаются синдромы, обладающие «лишь чисто внешним, хотя иногда и разительным сходством», обосновал необходимость выработки специальных алгоритмов для изучения динамики, с тем чтобы установить каждому синдрому его место в ряду клинических

явлений. Поскольку каждый синдром складывается не из одного, а из группы проявлений более элементарного уровня («симптомы выпадения системы, признаки перестройки сохранившихся систем на новые режимы работы, реакция личности»), важно не только установить наличие того или иного признака или синдрома, но и выявить их генетические связи с другими признаками и синдромами, предшествующим этапом и основными тенденциями развития всего расстройства. Отмечая, что всякое отличающееся внутренним динамизмом клиническое расстройство «складывается из сквозных (осевых) и преходящих (этапных, транзиторных) синдромов», А. А. Портнов обосновал необходимость определять особенности сочетания, порядок, изменчивость и скорость чередования синдромов, обозначив эту комплексную задачу как выявление *синдромотаксиса.*

В сексопатологии после отработки критериев идентификации первичных блок-синдромов создана методологическая основа для выявления внутрисиндромных отношений, изучение же межсиндромных взаимодействий, составляющих сердцевину синдромотаксиса, только начинается. Поэтому на данной стадии можно наметить лишь общие контуры типовых моделей.

Ряд специфических симптомов осевого синдрома, составляющего структурный центр сексуального расстройства, может отягощаться проявлениями соматического или личностного преморбида, причинно связанными с проявлениями основного процесса. Так, затруднения социально-сексуальных контактов при шизофрении или шизоидной психопатии, обусловленные аутизмом, инвертированностью или общим снижением витальных побуждений, в большей мере проявляются при задержке пубертатного развития, потенцируясь снижением либидо, свойственным этому виду патологии. В свою очередь, эти затруднения, создавая длительную сексуальную изоляцию и порождая явления сексуальной фрустрации, могут способствовать развитию простато-везикулярного стаза, «молчаливого» простатовезикулизма, хронических простатитов. При этом у больных, не получающих своевременной помощи квалифицированного сексопатолога, наблюдается так называемый «феномен чернильного пятна»: с чего бы ни начиналось сексологическое расстройство (инфекция, травма, в том числе психическая, и т. д.), первоначальное нарушение, неуклонно прогрессируя, вовлекает одну составляющую за другой, обрастает новыми синдромами и на конечных этапах представляет сочетание ряда парциальных расстройств, затрагивающих несколько иерархических уровней, обеспечивающих в норме системную организацию половой функции. Однако при сходстве и даже идентичности синдромов (если не ограничиться только их перечислением, а учитывать динамику патологического процесса и его синдромотаксис) удается установить качественные

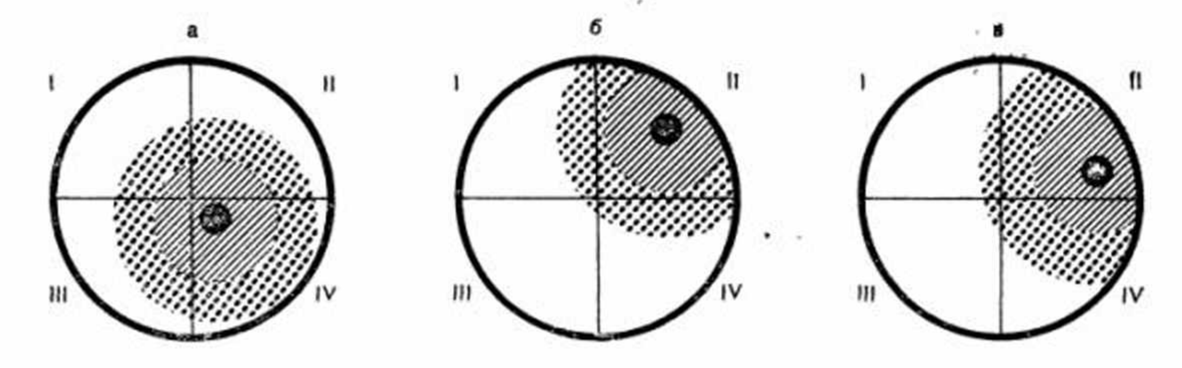


Рис. 71. Феномен чернильного пятна.

В зависимости от локализации исходного пункта, на который наносятся капли чернил, жидкость, хотя и растекается на все четыре квадранта фильтровальной бумаги, во всех приведенных примерах образует различные структуры: а — наибольшее поражение (все 3 степени) IV квадранта при поражении 2—3-й степени трех других и наибольшей сохранности I квадранта; б — максимально акцентуированное поражение II квадранта (три другие затронуты только 3-й степенью и наиболее пощажен III квадрант); в — средне акцентуированный вариант первичного поражения II квадранта (со значительным, 2—3-й степени, вовлечением IV квадранта и легким, только 3-й степени, вовлечением I и III квадрантов).

характеристики расстройств у разных больных, имеющие решающее значение для тактики лечения и конечного исхода заболевания. Это тесно связанное с понятием структуры свойство сексуальной патологии обозначается как *феномен чернильного пятна.* Если разделить лист фильтровальной бумаги на квадранты и нанести одинаковое количество чернил на разные участки (рис. 71), количество квадрантов, на которые распространится жидкость, может оказаться одинаковым, однако соотношения степеней импрегнированности отдельных квадрантов обычно оказываются различными.

Наряду с такими моделями прямого потенцирования, когда один синдром отягощается и осложняется другим, наблюдаются и модели «камуфлирующие». Так, сочетание синдромов задержки пубертатного развития, чаще всего проявляющихся симптомом запаздывающей эякуляции, сочетаясь с синдромами, проявляющимися ускорением эякуляции, могут почти полностью их маскировать, выявляя внешнюю феноменологию, практически неотличимую от нормы.

Продолжительность фрикционной стадии копулятивного цикла

В норме	———————————— A
При задержке пубертатного развития (I, 1, а)	——————————————————— B
При синдроме парацентральных долек (IV, 3)	——— C
При сочетании задержки пубертатного развития и синдрома парацентральных долек (I, 1, а + + IV, 3)	——————————— D $\left(D = \frac{B + C}{2} \approx A\right)$

В одних случаях подобного рода замаскированные синдромотаксические сочетания при всем своем внешнем благополучии обладают пониженной внутренней стабильностью и под влиянием дополнительных экзогенных воздействий способны выявлять свою скрытую дефицитарность. В других случаях, как показала И. Л. Ботнева, возможны синдромотаксические взаимодействия того же порядка, способствующие устойчивой и длительной стабилизации всей половой системы, и, наконец, в третьем варианте рассматриваемой модели может сформироваться феномен *эякуляторной атаксии,* отличающийся качественным своеобразием, как проявлением эмергентности.

Таким образом, конечный патогенный эффект взаимодействия отдельных синдромов не подчиняется арифметическим законам и 2+3 здесь очень редко дает 5. Однако в противоположность закономерностям, определяющим взаимодействие симптомов и организованным в четкие алгоритмы, которые апробированы многолетней практикой сексопатологов, закономерности, лежащие в основе межсиндромальных взаимодействий, представляют на данном этапе развития клинической сексопатологии одну из самых актуальных проблем, требующих дальнейшего изучения.

Структурный анализ как системная модель сексопатологии

Системная концепция становится самой распространенной моделью выделения новых научных дисциплин в эпоху научно-технической революции, когда на смену отпочкованию приходят сложные междисциплинарные взаимодействия, основанные на интеграции и эмергентности [64]. Поскольку эта концепция заняла в отечественной сексопатологии ведущее положение [66] и получает все более широкое признание за рубежом [58, 57, 61, 440, 284, 285 и др.], поучительно оглянуться на тот этап, когда в сексопатологии соперничали три концепции: досистемная, псевдосистемная и системная. С этой целью воспроизводится первый клинический анализ больного на Московском семинаре по диагностике, профилактике и лечению половых расстройств (1967).

Наблюдение 25. П. С., техник-администратор, 31 года, женат. В Москве проездом, в отделение сексопатологии направлен для амбулаторной консультации.

Его образовательной индекс 11, СФМ: 312/121/1,521/1—6/4/4,5/1—15,5.

Жалуется на ослабленные и непродолжительные эрекции, укорочение длительности полового акта (семяизвержение иногда происходит еще до интроекции) и притупление яркости оргазма, а также периодические болезненные ощущения в промежности. Как правило, на следующий день после полового акта испытывает вялость, головную боль, боли в пояснице и нижней части живота; все эти явления держатся

примерно в течение суток и проходят после отдыха и сна. Иногда неожиданно становится жарко, причем подобные приступы чаще наступают в летнее время и легко провоцируются пребыванием в душных помещениях. В течение последних трех лет плохо переносит ночные дежурства.

Больным себя считает около трех лет. Первым симптомом была утрата яркости оргазма, за чем последовали ослабление эрекций, вялость, ускорение семяизвержений и боли в пояснице и нижней части живота.

При ослаблении эрекции обратился к урологу, который не обнаружил отклонений и направил пациента к невропатологу. Тот также не нашел никаких расстройств, больной обратился к психиатру, не отметившему отклонений от нормы и тогда пациент вновь обратился к невропатологу. С тех пор длительно лечился (принимал лимонник, женьшень, дуплекс, метилтестостерон в таблетках, тестостерон-пропионат в инъекциях), но стойкого улучшения не было, а после инъекций тестостерона отметил даже ухудшение состояния. Кратковременное улучшение отмечал после курса инъекций новокаина и витаминов группы В. В апреле этого года лечился АКТГ, в течение полутора недель отмечал явное усиление полового влечения и непроизвольных эрекций; однако в обстановке интимной близости эрекции оставались вялыми.

Родился и вырос в крестьянской семье, детство протекало в трудных бытовых условиях. Учился хорошо, окончив 8 классов, работал слесарем, после службы во флоте окончил трехгодичную школу техников-администраторов, с работой справлялся легко, в кругу сотрудников пользуется уважением.

Сексуальные интересы начали пробуждаться с 16 лет. Никогда не мастурбировал. Первая эякуляция в 21 год при коитусе с женщиной 26 лет, которая проявила значительную активность к сближению. Первая попытка закончилась ejaculatio ante portas, но при повторной встрече с этой женщиной на следующие сутки имиссия удалась, и он имел два половых акта, которые, однако, заканчивались эякуляцией после единичных (не более 5) фрикций. Ночные поллюции очень редкие (несколько раз в год); впервые появились после 21 года.

До женитьбы имел 3 связи. Женился в 25 лет на женщине 23 лет с предварительным сексуальным опытом. Сейчас у них ребенок 6 лет (всего было 8 беременностей, 7 из них закончились искусственным абортом). Контрацепция посредством coitus interruptus. Первые месяцы после брака имел ежедневные сношения, иногда повторные. Условно-физиологический ритм — с 27 лет. Последний год перед началом заболевания сношения с интервалами в 1—2 нед. Жена при коитусе до родов была пассивна, после рождения ребенка стала проявлять активность как в периоде предварительных ласк, так и при самом половом акте. Ее сексуальная требовательность средняя — она охотно идет на сближение, но инициативы к началу полового акта не проявляет. С момента появления у мужа сексуальных расстройств ее половая активность снизилась, и она периодами высказывает ему упреки. Если их семейные отношения в сексуальном плане можно характеризовать как удовлетворительные, то в плане общечеловеческом они хорошие.

Внебрачные связи имел часто, оргазм при этом был ярче, в остальном — так же, как и с женой. Форма проведения акта стандартизированная (только ВВВ). Предварительные ласки с момента заболевания резко сократил, так как чем дольше ласки, тем слабее становится эрекция. Последнее сношение — около месяца назад: при слабой эрекции, имиссия удалась, эякуляция наступила в момент введения, оргазм очень тусклый.

Страдал ночным энурезом до 8—9 лет. Позывы на мочеиспускание всегда были и остаются учащенными и носят императивный характер, подавлять их трудно. Регулярно встает ночью для опорожнения мочевого пузыря. Алкоголь с 1964 г. не употребляет. Никогда не курил.

Жилищные условия хорошие, супруги располагают отдельной спальней. Постель общая.

В детстве не болел. В 1953 и 1959 гг. перенес тяжелый грипп. В 1964 г. было повышение нижнего уровня артериального давления выше 120 мм рт. ст. (верхнее — 170 мм рт. ст.). Принимал резерпин, полностью прекратил употребление алкоголя, и давление нормализовалось.

Объективно: рост 180 см, окружность грудной клетки 100 см, ширина плеч 42 см, таза — 32, высота ноги — 95 см (трохантерный индекс 1,89). Оволосение по мужскому типу. Артериальное давление 135/75 мм рт. ст.

Анизокория S>D. Умеренная сглаженность левой носогубной складки. Сухожильные рефлексы с рук и коленные равномерно живые, ахиллов справа резко повышен с расширением и инверсией рефлексогенной зоны на переднюю поверхность голени (в пределах дистальной и средней трети). Брюшные рефлексы вызвать не удается. Ладони теплые, сухие. Пульс лежа 70, стоя 100 в минуту (ортостатическая разница+30). Белый дермографизм не вызывается, красный появляется через 15 с, держится 2 мин. Половой член длиной 8 см, яички 3,5 см по длинной оси. Умеренное расширение вен правого семенного канатика. Предстательная железа величиной с каштан, плотная, обе доли одинаковы, бороздка между ними определяется легко. При непродолжительном массаже простаты получается обильное количество отделяемого.

В аудиторию приглашается больной.

Председатель: Хотелось бы уточнить, что беспокоит вас в первую очередь, а с чем вы готовы были бы в крайнем случае и примириться. Представьте себе, что мы можем устранить любое расстройство человеческого организма, но не более чем одно. При таких условиях, от чего хотели бы вы избавиться прежде всего? Не торопитесь отвечать — думайте, сколько вам потребуется. Дело наше серьезное и мы никуда не торопимся.

Пациент. За три года, что я болен, я уже по-всякому обдумывал свое состояние, и могу ответить без долгих раздумий. Конечно, неприятно, когда болит то здесь, то там, но это стерпеть можно. Не очень, конечно, приятно и то, что после полового сношения ходишь как после тяжелого запоя — какой-то сам не свой, но тут я знаю, что пройдет полтора суток — день и две ночи — и все станет на место. Поэтому я вполне с этими неприятностями могу примириться, или, как я вас понял, отложить их на второй круг ремонтных работ. А вот для начала мне бы хотелось получить то напряжение, упругость, без которых я не мужчина... И чтобы эти напряжения держались подольше.

Председатель. Еще один вопрос: какова была самая большая продолжительность полового акта?

Пациент. Могу сказать точно: никогда не было больше чем полминуты, а если считать фрикции, то их никогда не было больше десяти.

Участник семинара. С чем вы связываете возникновение расстройства? Вы, наверное, задумывались о причинах?...

Пациент. Я думаю, что тут две причины: первая — пре-

дохранялись не так как надо... Я уже от врача узнал, что это вредно, а до этого не задумывался, и все годы пользовался этим приемом. А вторая причина — у меня в детстве был испуг. Когда немцы заняли наше село, мне 7 лет было. И один раз немецкий солдат поставил меня к стенке амбара, чтобы меня «шиссен» расстрелять. Я уже видел, как это делается, и ждал смерти. Он дал очередь, но только над головой. Пошутил. Такой был остроумный немец.

Участник семинара. Ночное недержание мочи началось у вас после этого или было раньше?

Пациент. Было раньше. Когда себя помнить начал, уже было. Кончилось, когда пошел в школу. Без лечения. Стало не так часто, а потом и совсем прекратилось.

Участник семинара. У вас не было таких состояний, что вдруг резко усиливались аппетит или жажда и вы не могли их утолить, сколько бы ни пили и ни ели?

Пациент. Нет, таких вещей не случалось. Я всегда был во всех отношениях человеком умеренным.

Председатель. А как вы реагировали на замечания жены, которые она иногда делала по поводу того, как проходила половая жизнь?

Пациент. Здесь я тоже не выходил из рамок. Но тут было другое: мне самому, хотя и горько было выслушивать эти заслуженные упреки, казалось, что я на это спокойно отреагировал и совсем об этом забыл — я в это совершенно искренне верил. Но потом я понял, что есть какая-то память тела, я вроде бы и забыл, а тело помнит. И после каждой критики у меня все становилось намного хуже — болезнь делала прыжок, а я вроде бы это наблюдал как свидетель. Позже, когда я это понял, я уже перестал быть свидетелем, но к этому времени стало так плохо, что прыгать дальше уже некуда...

Участник семинара. До 1964 г. вы употребляли алкоголь, а потом совершенно прекратили, и с тех пор не принимаете его никогда и ни в каких дозах, так это?...

Пациент. Совершенно верно.

Участник семинара. Чем же это вызвано? Запретом врачей?

Пациент. Нет, хотя врачи здесь свою роль, конечно, сыграли, но главное не в них. Врачи, сами понимаете, всегда против алкоголя, и при любой болезни вам скажут, что алкоголь вреден. Говорили они это и мне, главным образом по поводу гипертонии. Но в данном случае получилось так, что я и сам еще до этого подъема кровяного давления уже стал плохо переносить алкоголь — что-то во мне самом изменилось, так что я после самой небольшой выпивки становился больным. А гипертония послужила как бы поводом отказываться от выпивок; по сути же дела это был именно повод — главное же было в том, что я еще до этого стал плохо переносить алкоголь.

Участник семинара. Лечились ли вы массажами простаты или блокадами?

Пациент. Нет, не лечился. И не слышал, что бывает такое лечение.

(Выступления участников семинара).

Врач М. (уролог). Считаю, что хотя детали (я имею в виду урологические детали) расстройства у пациента и не выявлены, общий характер нарушения не может вызвать никаких сомнений: ослабление эрекций в сочетании с ускорением эякуляций до степени ante portas, притупление оргазма и боли в промежности, периодами распространяющиеся на поясницу и нижнюю часть живота, — все это убедительно свидетельствует о первичном поражении простаты. Если бы этот больной пришел ко мне, я бы начал с того, что провел ему полное исследование простаты с лабораторным анализом секрета, а затем, исходя из полученных данных, провел бы этиопатогенетическое лечение первичного поражения, включающее массаж простаты.

Председатель. Запишем первый диагноз. Хотя доктор М. и не дал законченной формулировки, он явно имеет в виду так называемый «молчаливый» простато-везикулизм (silent prostato-vesiculism), который нашел блестящую клиническую репрезентацию в монографии Лейкинда и Харлина.

Врач X. (психиатр). В данном наблюдении нельзя игнорировать как нервные механизмы, так и личностные особенности больного. Мой диагноз: ипохондрический синдром у примитивной личности; психогенная импотенция.

Врач У. (эндокринолог). У больного имеются все признаки ранней задержки сексуального развития: позднее пробуждение либидо, запоздалое наступление первых эякуляций и т. д. Это, мне кажется, имеет для больного сексологическими расстройствами не меньшее значение, чем психический преморбид. Диагноз: Ранняя задержка сексуального развития.

Врач К. (венеролог). Диагноз: неясное расстройство функционального характера. Необходим максимальный круг возможных дополнительных исследований.

Врач З. (невропатолог). Мне хочется вернуться к выступлению д-ра У., который отметил раннюю задержку сексуального развития. Мне кажется, однако, что наряду с этим не очень клинически себя проявившим преморбидом у больного очень четко выступают явления диэнцефальной патологии, выражающиеся в целом ряде вегетативных сдвигов, очень легко провоцируемых такими относительно невинными нарушениями плавного течения жизни, как пребывание в душном помещении, половой акт, ночное дежурство, а за последние годы — самые незначительные дозы алкоголя. В объективном статусе при однократном обследовании, кроме четкого повышения ортостатической пробы, ничего не выявляется, но это отнюдь

не противоречит предположению о развитии какой-то диэнцефальной патологии, так как эти синдромы отличаются крайней полиморфностью и в межприступном периоде могут не проявляться объективными симптомами, констатируемыми при обычном амбулаторном обследовании. Я бы поставил диагноз: диэнцефалез.

Председатель. Как видите, у нас собралась целая коллекция суждений: 1) «Silent» prostato-vesiculism; 2) ипохондрический синдром у примитивной личности; психогенная импотенция; 3) ранняя задержка сексуального развития; 4) неясное расстройство функционального характера; 5) диэнцефалез.

Все эти суждения, если взглянуть на них со стороны, представляются независимыми и даже противоречащими друг другу, и авторы, их предложившие, находятся в оппозиции к другим суждениям и их авторам. Не происходит ли, однако, в данном случае то, что однажды произошло в Индии? Как гласит предание, человек, который ехал на слоне и повстречал группу слепых, никогда не видевших слона, предложил им ощупать животное, чтобы они составили о нем представление. После этого между слепыми возник спор по поводу того, как выглядит слон: тот, кто ощупал кончик хвоста, утверждал, что слон похож на метлу; второй, ощупывавший ногу животного, представил его в виде колонны; третий, трогавший ухо, был уверен, что слон напоминает лист огромного лотоса; четвертому слон показался похожим на канат, так как ему пришлось ощупать хобот; пятый же, потрогав бок, был убежден в том, что слон похож на крепостную стену. Тем, кто работает в области сексопатологии, нередко также приходится наблюдать, как некоторые принимают одну сторону явления за целое.

Но мы воспользуемся средством, которое как раз поможет преодолеть односторонность обследования и позволит, сопоставив все стороны изучаемого явления, определить всю его многомерную структуру. Как известно, первым этапом структурного анализа является изолированная оценка функционального состояния каждой из четырех составляющих.

Оценка нейрогуморальной составляющей уже, по сути дела, была дана в выступлениях д-ра У. и д-ра З., соображения которых сводятся к следующему: у нашего пациента либидо начало пробуждаться только с 16 лет. Первая эякуляция наступила также с большим опозданием — только в возрасте 21 года (напомню, что средний возраст первой эякуляции по данным Кинзи — 13,9 года). Что такое мастурбация — пациент не знает. Динамика половой активности у него характеризуется ранним снижением: на УФР он перешел с 27 лет, уже на втором году после женитьбы, и VII показатель СФМ — 1,5 для мужчины 31 года — низок. Эксцессы у него единичные и имели место много лет назад, абстиненции он переносит легко, и хотя они непродолжительны, но носят тотальный характер. Трохан-

терный индекс у него снижен (1,89). И, наконец, у пациента имеется целый ряд специфических жалоб, характерных для диэнцефальной локализации болезненного очага: астено-депрессивный синдром с обильным вегетативным аккомпанементом, развивающийся после полового акта, беспокойной ночи, употребления алкоголя, даже просто пребывания в душном помещении. Наконец, о заинтересованности нейрогуморальной составляющей свидетельствует положительный терапевтический эффект от применения АКТГ. Таким образом, поражение нейрогуморальной составляющей характеризуется как значительной степенью выраженности, так и давностью.

Что касается оценки психической составляющей, то здесь все строится, я бы сказал, по формуле «хотя... в конечном итоге...» Прежде всего — начало половой жизни, хотя инициатива первого сношения исходила от женщины, которая была на 5 лет старше пациента и уже обладала сексуальным опытом, в конечном итоге задержки начала половой жизни (несмотря на раннюю редукцию нейрогуморальной составляющей) не произошло. Далее, хотя первая попытка и закончилась ejaculatio ante portas, однако женщина вела себя настолько умно, что он на следующий же день себя реабилитировал и психотравматизации в конечном итоге избежал. Относительно характера половой жизни в последующем следует отметить: хотя он в течение всей жизни страдает значительной степенью ejaculatio praecox, в конечном итоге до самого последнего времени он остается в неведении относительно этого дефекта (начало своего заболевания он датирует 1964 г.). Резюмируя оценку состояния психической составляющей, следует отметить, что она на протяжении многих лет бесспорно не была вторично втянута в поражение нейрогуморальной составляющей, и поэтому положительные условнорефлекторные комплексы имели все условия для упрочения. Кроме того, по-видимому, в ряде случаев именно психическая составляющая в какой-то степени компенсировала естественные и неизбежные в жизни каждого мужчины нейрогуморальные флюктуации.

Поражение эрекционной составляющей исключается фактом наличия эрекций в сочетании с отсутствием неврологических симптомов спинальной или параспинальной локализации. И, наконец, что касается эякуляторной составляющей, то здесь мы имеем ранние признаки поражения по 3 пунктам из 5, фигурирующих в критериях. Расстройства эякуляции, обусловленные первичными поражениями уро-генитального аппарата, обычно развиваются после какого-то периода более или менее нормальной половой жизни на фоне известной гиперсексуальности, с периодами тяжело переносимых абстиненций, с фрустрациями, онанизмом, петтингом. У нашего же пациента даже намека на подобные проявления гиперсексуальности никогда

не было. Если же учесть, что ускорение эякуляций выявилось с самого начала половой жизни, не снималось повторными сношениями, стойко коррелирует с расстройствами мочепузырного контроля (ночной энурез в прошлом, поллакиурия вплоть до настоящего времени) и сопровождается объективно-неврологическими симптомами, укладывающимися в синдром парацентральных долек (анизокория, асимметричное повышение ахилловых рефлексов с инверсией рефлексогенных зон на переднюю поверхность голени и т. д.), все это дает основания диагностировать у него синдром парацентральных долек (IV, 3), а застойную простату расценивать как явление вторичное, развивающееся как следствие снижения половой активности.

Если теперь подвести итоги не по каждой из составляющих, а по всем вместе, то выявляется, что наиболее пораженными как по глубине, так и по давности оказываются нейрогуморальная и эякуляторная; психическая составляющая непосредственно не поражена, но в течение длительного времени подвергалась опасности быть вторично втянутой в патологию (для этого достаточно было неделикатности, грубости со стороны хотя бы одной из женщин, с которыми имел дело пациент) и единственной ненарушенной оказалась эрекционная составляющая.

Следующий этап структурного анализа — выяснение динамики развертывания патологической картины. Первой по времени выявилась задержка пубертатного развития. Поскольку, однако, на первых этапах поражение это проявлялось латентно, не создавая никаких конфликтных ситуаций и не отражаясь на прокреативной способности пациента (у жены было 8 беременностей), мы отражаем это поражение в преморбиде, ставя соответствующую форму (I, 1, а — по патогенетической классификации) в скобки: (I, 1, а).

С началом половой жизни сразу же выявляется патология эякуляторной составляющей в форме первичной патогенетической дезинтеграции. Так как сам пациент считает себя больным только с 1964 г., т. е. не осознает, что тот «потолок» в 10 фрикций, который он ни разу в жизни не преодолевает, является патологией, и так как ни одна из женщин не высказывает пациенту никаких упреков по этому поводу, мы и эту форму, поскольку она остается скрытой от больного, заключим в скобки (I, 1, а; IV, 3).

Следующим этапом является 1964 г., когда снижается яркость оргазма и затем очень скоро происходит снижение эрекций. Поскольку весь сопровождающий этот тип заболевания вегетативный аккомпанемент укладывается в классическую картину диэнцефального синдрома, мы соответственно обозначаем эту форму в структуре поражения: (I, 1, а; IV, 3); I, 2, А.

Далее как результат снижения половой активности развиваются явления застойной простаты, которые в свою очередь отягощают и углубляют симптомы нарушения эякуляторной составляющей (учащение случаев ejaculatio ante portas): (I, 1, a; IV, 3); I, 2, A; IV, 1.

И, наконец, после многих лет нормального функционирования наступила декомпенсация и психической составляющей (вспомните ответ пациента на вопрос: как сказываются на его половых проявлениях замечания жены: сначала стало немного хуже без его непосредственного участия — сказалась «память тела», а затем стало совсем плохо...). Поскольку декомпенсация эта несет выраженный реактивный характер (форма II, 2, а — по патогенетической классификации), окончательная структура приобретает следующий вид: (I, 1, a; IV, 3); I, 2, A; IV, 1; II, 2, a.

Заключительный этап структурного анализа — оценка патогенных факторов. Чем определяется задержка пубертатного развития и наличие синдрома парацентральных долек — мы можем только предполагать. Поскольку, однако, действие этих факторов сказывается в далеком прошлом и носит, по-видимому, однократный характер, мы вправе при разборе конкретного клинического наблюдения попросту опустить этот приобретающий слишком академическую окраску вопрос. Столь же, к сожалению, предположительным в данном случае является и вопрос об этиологическом факторе, лежащем в основе диэнцефального синдрома. Так как ни травм черепа, ни алкоголизма в данном случае не было, остается предполагать роль инфекции, которая при всей своей мягкости и замаскированности выявила главным образом сексуальные нарушения, так как упала на преморбидно ослабленный отдел (принцип «второго удара» А. Д. Сперанского).

Продвигаясь по структурному ряду в хронологическом порядке, мы можем отметить одну закономерность: чем позже формируется синдром, тем более четко выявляется патогенный фактор и тем в большей мере сохраняется его активность. В самом деле, если мы затрудняемся даже в предположениях об этиологии преморбидных поражений и лишь очень приближенно можем высказываться об этиологии диэнцефального синдрома, то патогенез уро-генитального синдрома нами уже обозначен (абстиненция, а также coitus interruptus, названный самим пациентом), так же как выявлена роль женщины как невольного (в данном случае) источника психотравматизации. При этом именно два из последних патогенных факторов продолжают действовать, и если абстиненция носит более или менее стационарный, стабильный характер, то патогенная роль психотравматизации нарастает и нарастает в геометрической прогрессии, усугубляя тяжесть клинических проявлений.

Закончив структурный анализ имеющихся нарушений и изобразив структурную формулу, мы теперь без особых затруднений можем формулировать развернутый диагноз заболевания: диэнцефальный синдром, развившийся на фоне задержки пубертатного развития при наличии первичной патогенетической ejaculatio praecox absoluta, отягощенный явлениями застойной простаты и прогрессирующей титуляризацией личностной реакции на осознание полового расстройства.

Хотя подобный диагноз может показаться слишком громоздким, он отражает сексологическое расстройство у данного больного в целом, не упуская в то же время ни одной детали, имеющей патогенетическое значение. Однако постановка диагноза отнюдь не является конечной целью структурного анализа. Сексопатология — клиническая дисциплина, и этапом, венчающим долгий и трудный путь клинициста, является этап лечебный. И именно на этом этапе со всей четкостью выявляется, что истинное комплексное лечение возможно только на основе понимания всей структуры заболевания.

Рассмотрим в этом плане тот лечебный комплекс, который определяется у рассмотренного больного. Прежде всего оценим выделенные «блоки» в порядке их относительной значимости. Наименее значимой в этом смысле является задержка пубертатного развития. Как известно, этот механизм является «пусковым», и с возрастом его физиологическая роль все более кортикализируется, т. е. переходит к психической составляющей, а поскольку у нашего пациента формирование психической составляющей в конечном итоге завершилось благополучно, в значительной мере компенсируя начальный дефект, то специальных лечебных мер здесь можно и не предпринимать.

Второй в порядке нарастания значимости является первичная патогенетическая ejaculatio praecox absoluta. Эта форма, клинически очень четкая и характеризующаяся легкостью достижения терапевтического эффекта (39% выздоровлений и 48% улучшений при лечении хлорэтиловыми блокадами), у нашего больного косвенно выявила высокую терапевтическую готовность (улучшение от применения новокаина). В настоящее время, к сожалению, уже нет смысла проводить курс хлорэтиловых блокад, так как рассчитывать на положительные результаты при наличии сформировавшегося тормозного варианта и прогрессирующей титуляризации психогенных задержек не приходится.

Следующий по значимости механизм — застойная простата — хотя и является лишь промежуточным, производным нарушением, требует коррекции по двум причинам: 1) так как является активным компонентом сложившейся патологической констелляции, воздействующим на непосредственно с ним связанный первичный патогенетический механизм (IV, 3), кото-

рый сам по себе характеризуется известной стабильностью, но под влиянием дополнительных патогенных воздействий легко ее теряет, 2) так как поддается санации массажем даже у лиц с низкой половой активностью (а при достаточной половой активности устраняется даже без специальных терапевтических приемов, за счет естественного «самомассажа» при эякуляциях).

Центральным компонентом всей структуры расстройства является диэнцефальный синдром, и именно на его нормализацию должны быть направлены основные терапевтические усилия. И, наконец, самым грозным в силу свойственного этому механизму лавинообразного характера развития является прогрессивно нарастающая психогенная титуляризация, которая очень быстро вовлекает у мужчины глубокие эмоциональные структуры, порождая трудноустранимые нарушения.

Итак, комплекс лечебных мероприятий у нашего пациента должен быть направлен по трем каналам: двум основным (I, 2, A и II, 2, a) и третьему — вспомогательному (IV, 1). Основная задача первого этапа лечения — добиться поворота в ходе расстройства, причем не просто остановить нарастание, а непременно добиться хотя бы незначительного, но явного улучшения, которое должно быть достигнуто воздействием на субкортикальном уровне. С этой целью больному будет проведено лечение, разработанное А. И. Белкиным, с применением ретоболила (внутримышечные инъекции раз в 10 дней по 1,0) и ниаламида (по 25 мг 2 раза в день). С достижением первых же положительных результатов акцент должен быть смещен на психотерапию с тем, чтобы снять те изменения, которые обусловлены личностной реакцией на свой дефект. Параллельно, вплоть до установления регулярного ритма половой активности необходимо проводить массажи простаты, цель которых — снятие застойных явлений, обусловленных вынужденной абстиненцией. В дальнейшем, когда будет достигнута относительная стабилизация и на первый план выступят явления ускоренной эякуляции, будет показан курс хлорэтиловых блокад, поскольку и ослабление эрекций и притупление оргазма у данного больного в определенной степени обусловлены также и «естественной» эволюцией первичной патогенетической дезинтеграции.

Возвращаясь к диагностическому осмыслению рассматриваемого расстройства, следует подчеркнуть, что из 5 высказанных диагностических суждений 3 оказались почти без изменений включенными в окончательную формулировку диагноза, и четвертое вошло в нее частично. Каждое из этих суждений отражало одну из сторон имеющегося у нашего пациента сложного нарушения. Что касается диагноза «ипохондрический синдром у примитивной личности», на нем следует остановиться особо.

Во-первых, едва ли можно назвать нашего пациента примитивной личностью, учитывая кратковременность разговора с ним и его ответы на наши вопросы. Что же касается оценки жалоб больного как ипохондрических, то, подробно разобрав имеющуюся у больного симптоматику, трудно отнести ее к порождению расстроенного воображени.

Еще меньше оснований расценивать все имеющиеся у нашего больного расстройства как «функциональные», в частности те, которые связаны с диэнцефальным отделом и простатой. Некоторые авторы (Сенукси, Коулман, Тоубер, Вершуб и др.) предлагали делить расстройства потенции на органические и функциональные, но невозможно понять, что это дает для осмысления расстройства, и я полностью разделяю точку зрения Гельгорна и Луфборроу, которые сказали, что «отнести одни явления к категории „функциональных", а другие — к категории „органических" — это значит вернуться к демонологии и прекратить исследования».

И, наконец, трудно разделить точку зрения д-ра К. о пользе дополнительных (главным образом лабораторных) исследований. Злоупотребление ими притупляет остроту клинического мышления, способствуя пассивной установке на то, что диагноз может быть установлен при помощи комплекса лабораторных анализов.

Этиология и патогенез половых расстройств

По определению И. В. Давыдовского [93], взаимоотношения понятий «этиология» и «патогенез» «сводятся к тому, что патогенез отвечает на вопрос: как возникает и как развивается заболевание, в то время как этиология отвечает на вопрос: почему возникает или не возникает данное заболевание, каковы его причины и условия... Рак может быть вызван самыми разнообразными химическими и физическими канцерогенными веществами. Это говорит о едином патогенезе и о множестве этиологических факторов. Но один и тот же канцероген у одного животного вызывает рак, у другого не вызывает, ...что в первом случае делает канцероген фактором этиологическим, во втором случае тот же канцероген теряет значение этого фактора. Другими словами ...этиологическое значение тех или иных факторов внешней среды определяется факторами патогенеза. Это позволяет говорить о решающей роли именно внутренних факторов в развитии патологических процессов. А поскольку эти внутренние факторы возникли исторически в результате длительного процесса аккумуляции внешних факторов, постольку необходимо изучать и патогенез, и этиологию болезней в аспекте их диалектического единства. Это единство не может, однако, быть основанием для выдвижения особого термина «этиопатогенез», лингвистически несостоятельного и ведущего к смешению понятий причины и следствия».

В понимании соотношения между причиной и следствием во времени сложились три точки зрения: первая — причина всегда предшествует следствию, вторая — причина и следствие действуют одновременно, третья — причина по отношению к следствию характеризуется одновременностью и последовательностью. В развитии ряда болезней этиологический фактор действует кратковременно и оформление следствия заканчивается без участия патогенного фактора.

Диалектический материализм не сводит причину возникновения и существования явлений только к внешним воздействиям, но определяет ее и в самом явлении, в его внутренней природе. Кроме внешней причины, существуют внутренние условия как

элемент самой причинной связи, реализующий исходное состояние в определенное следствие, как условие превращения возможности в действительность. Наличие необходимого, но недостаточного условия еще не гарантирует действительность явления, а определяет лишь его возможность. Для реализации следствия необходимо, чтобы внутреннее условие было не только необходимым, но и достаточным.

Характеристика всего патологического процесса или заболевания только по этиологическому фактору оправдана лишь при массивных травмах или экстремальных термических воздействиях на весь организм — в подобных случаях сама глобальность повреждающего эффекта не оставляет времени для развития.

В историческом аспекте «положение о том, что каждая причина вызывает только ей свойственные проявления.., столь же типическое течение, исход и морфологические изменения, отражало первые успехи микробиологии. Однако торжество линейного каузализма было непродолжительным» [223].

Многоканальное обеспечение функционирования половой системы, определяемое особо важными задачами, стоящими перед этой системой, казалось бы, должно быть чуждо монокаузализму. Тем не менее в ряде монографических работ по вопросам половых расстройств этиология освещается с методологически неверных позиций, порой слишком упрощенно. Игнорирование обратной связи, когда речь идет о сложных саморегулирующихся системах, приводит к признанию линейной причинности. Не всегда учитывается, что при совместном действии причины не просто складываются, а взаимодействуют интегрально.

Так, рассмотрение вопросов этиологии и патогенеза в книгах И. М. Порудоминского [191] и Л. Я. Мильмана [165] растворилось в описании симптоматологии импотенции. В книге Г. Г. Корика [131] вопросы этиологии вообще не выделены в самостоятельный раздел. В коллективной монографии «Статеві розлади», вышедшей в издательстве «Здоров'я» (1974), И. М. Аптер выражает убеждение, что около 85% среди всех этиологических факторов приходится на психогении. По мнению Л. Я. Мильмана, в 61% всех форм импотенции также причиной является невроз. И. М. Порудоминский и В. Д. Кочетков [192] пришли к выводу, что в 82% случаев причиной самой распространенной, по их мнению, формы половых расстройств — так называемой «спинальной импотенции» — явились ненормальности в отправлении половой функции (половые излишества — 29,3%, мастурбация — 28,6%, пролонгация полового акта — 24,2%). На долю всех других факторов отведено менее 28%. Итак, у одних исследователей всему виной — невроз (психогении), у других — еще проще — «ненормальности в отправлении половой функции».

Кроме этого, в приводимых работах по половым расстройствам не выделяется значимость (градуированность) различных факторов. В то время как еще в 20-е годы Н. Н. Аничков (1928) в противовес ортодоксальному кондиционализму с его принципом равнозначности всех условий подразделял всю совокупность факторов, влияющих на возникновение болезни, на три группы: а) факторы, вызывающие болезнь; б) факторы, способствующие выявлению болезни (*экспозитивные*); в) факторы, предрасполагающие к возникновению болезни (*диспозитивные*).

Вместо того чтобы структурно анализировать в каждой конкретной ситуации иерархию факторов, порождающих болезнь, в сексопатологии продолжается утверждение равнозначности всех условий, исходя из постулата неделимости следствия. Следствие, действительно, порой неделимо, как и спектакль: актеры все необходимы в пьесе, но исполняют они все же не одинаковые партии — один играет ведущую роль, а роль другого состоит только в том, чтобы сказать: «Кушать подано».

Все это и побудило пересмотреть проблему причинности половых расстройств при опоре на те возможности, которые открывает метод структурного анализа. По данным архива отделения сексопатологии Московского научно-исследовательского института психиатрии, который составил более 3500 наблюдений, структура сексуальных расстройств была следующей: стержневые поражения нейрогуморальной составляющей — 29%, психической — 46%, эрекционной — 1%, эякуляторной — 24%. Наблюдения с псевдоимпотенцией в разработку причинных факторов на данном этапе не включались.

Анализ причинных факторов показал, что только в 70% всех наблюдений можно говорить о бесспорных причинах. При этом только в 19% можно было указать одну причину. Наиболее частым вариантом было сочетание 2—3 причин (в 51% наблюдений). При стержневом поражении психической составляющей средняя арифметическая количества дискретных причин, вызывающих дезадаптацию с клиническими проявлениями, была минимальной (2,4), сравнительно с расстройствами, в основе которых лежали стержневые поражения нейрогуморальной и эякуляторной составляющих (соответственно 3,2 и 2,8). Это, по-видимому, объясняется тем, что психическая составляющая, успешно прикрывая ниже расположенные уровни, сама остается без прикрытия и оказывается самым уязвимым звеном всей функциональной системы [54].

Когда речь идет о поражении системы, характеризующейся наличием многих соподчиненных блоков, то причиной нарушения работы всей системы можно считать как непосредственное расстройство соседнего блока, так и расстройства, приводящие к вторичному нарушению этих соседних блоков. Углубление на этом пути не ограниченно, и результаты могут отличаться

как обобщение первого порядка от обобщения второго, третьего и т. д. порядков. В зависимости от задач исследования могут быть сделаны допущения, ограничивающие необходимое углубление в этом плане. Представляется, что «если какую-то проблему удается решить путем анализа на определенном уровне, то нет смысла пытаться анализировать ее на уровнях, соответствующих большему разрешению» (Д. Бредли, 1971). Так, крипторхизм можно рассматривать и как причину расстройств потенции и как следствие, например, инфекции, «отзвучавшей» много лет назад в критические периоды развития. Таким образом, при рассмотрении половых расстройств излишнее неоправданное углубление оказывается ориентированным в направлении блоков, расположенных на более низких иерархических уровнях.

Как видно из табл. 39, на первом месте по частоте среди причинных факторов находятся плюригландулярные эндокринные поражения (36,5%), проявившиеся в нарушениях темпов полового созревания и ранней инволюции. Такой большой процент плюригландулярных поражений, выступающих в качестве этиологического фактора при расстройствах эякуляторной (3%), психической (19%) и в особенности нейрогуморальной (89%), составляющих (табл. 40), может быть объяснен, в частности, данными, обобщенными в работе А. С. Георгиевского и О. К. Гаврилова «Социально-гигиенические проблемы и последствия войн» (1975). Анализ, проведенный авторами, показал, что в военные годы только у 10% девочек 14 лет были менструации и лишь у 12% мальчиков 14 лет отмечались признаки полового созревания.

В рассматриваемый период изменялись сроки возрастно-половой дифференцировки: кривые роста и массы мальчиков были нетипичными, без характерного двойного перекреста. Молодое поколение, начиная с родившихся в 1930 г., подвергалось воздействию неблагоприятных факторов второй мировой войны в один из периодов «росткового сдвига». Известно, что в деформациях развития решающее значение приобретает не столько нозологический характер неблагоприятных факторов (травмы головы, алиментарная недостаточность, детские инфекции и др.), сколько время их действия по отношению к критическим периодам развития. Это положение применительно к специфике половых расстройств у лиц молодого возраста получило подтверждение в работе О. З. Лившица [151]. При плюригландулярных поражениях снижение потенции происходит наиболее аутохтонно, вне связи с острым экзогенным и однократным повреждающим воздействием изолированного этиологического фактора. Но даже там, где такой фактор фигурирует, он обычно играет роль последнего толчка, приводящего в действие силы, которые достигали критического напряжения задолго до этого; именно при этих формах функциональный срыв прово-

Таблица 39

Удельный вес различных этиологических факторов в происхождении половых расстройств

Этиологический фактор	Частота, %
1. Плюригландулярные поражения	36,5
а) нарушения темпов полового созревания	(20,0)
б) ранняя инволюция	(16,5)
2. Врожденные аномалии структуры личности	16,6
3. Длительные абстиненции	11,5
4. Эндогенные психозы	8,8
5. Органические заболевания головного мозга	5,7
6. Психогении	5,5
7. Прерванный половой акт	2,4
8. Наркомании	2,4
9. Травмы половых органов	2,4
10. Терапевтически не обоснованная гормонотерапия	1,1
11. Венерические заболевания	1,0
12. Соматогенная астенизация	1,0
13. Профессиональные вредности	0,9
14. Радиация	0,5
15. Фрустрации	0,5
16. Мастурбация	0,2
17. Специфические эндокринопатии	0,2
18. Электротравмы	0,2
19. Не установлен	2,6
Всего	100,0

цируется сочетанным действием нескольких замаскированных патогенных воздействий, ни одно из которых обычно не в состоянии само по себе, без взаимодействия с другими, вызвать ощутимую декомпенсацию системы. Иными словами, именно при этих формах решающую роль в развитии половых расстройств играют не возмущения, резко падающие на систему из внешней среды, а внутреннее состояние самой системы, которое в свою очередь формируется длительным рядом растянутых во времени и аккумулирующихся латентных и сублатентных воздействий житейского плана, расшатывавших (или укреплявших) систему в прошлом, на предшествующих этапах ее существования [55].

На втором месте по частоте среди причинных факторов оказались врожденные аномалии структуры личности (16,6%), из которых на так называемую акцентуацию отдельных черт характера пришлось 62% и на психопатии — 38%.

На третьем месте находятся длительные (либо частые) сексуальные абстиненции (11,5%). Эндогенные психозы составили 8,8%.

Таблица 40

Этиологические факторы при поражениях различных составляющих

(в процентах)

Составляющая	Причинные факторы: бесспорные		предположительные	
Нейрогуморальная	1. Плюригландулярные поражения: а) задержка темпов полового созревания	39	1. Наркомания	3
	б) ранняя инволюция	50	2. Терапевтически не обоснованная гормонотерапия	3
			3. Длительные абстиненции	2
			4. Специфические эндокринопатии	1
			5. Электротравмы	1
			6. Радиация	1
	Всего	89	Всего	11
Психическая	1. Врожденные аномалии структуры личности	35	1. Плюригландулярные поражения (дисгармония пубертата)	19
	2. Эндогенные психозы	20	2. Психогении	9
	3. Остаточные явления черепно-мозговых травм	4	3. Длительные абстиненции	4
	4. Соматогенная астенизация	3	4. Ранняя инволюция	4
			5. Профессиональные вредности	1
			6. Наркомании	1
	Всего	62	Всего	38
Эрекционная	1. Заболевания и повреждения полового члена	100	Не выявлены	
Эякуляторная	1. Длительные абстиненции	36	1. Прерванный половой акт	10
	2. Органические заболевания головного мозга	16	2. Психогении	6
	3. Травмы половых органов	5	3. Врожденные аномалии личности	5
	4. Наркомании	4	4. Венерические заболевания	4
			5. Профессиональные вредности	4
			6. Плюригландулярные поражения	3
			7. Наркомании	2
			8. Фрустрации	2
			9. Радиация	1
			10. Мастурбация	1
			11. Необоснованная гормонотерапия	1
	Всего	61	Всего	39

Психогении были причиной сексуальных расстройств в 5,5% случаев. В отношении роли психогенных моментов определенное значение приобретает время их действия — до начала половой жизни или после, до полового акта, в момент его осуществления или после него. В психогенных реакциях, как и во всех реакциях живых систем на всякого рода возмущающие воздействия, наблюдаются три фазы изменений [219]: начальное угнетение, возбуждение и вторичное торможение. Благодаря превентивному торможению живая реагирующая система не расходует свой энергетический потенциал «по пустякам». Нарушение лабильности, которое является самым уязвимым свойством нервной системы при всякого рода внешних воздействиях, и становилось решающим внутренним условием, способствовавшим формированию психогенного расстройства.

Ненормальности половых отправлений — мастурбация, фрустрации, прерванный половой акт — в качестве способствующих факторов фигурировали суммарно в 3,1% всех наблюдений.

При стержневом поражении эякуляторной составляющей в 2% наблюдений отмечено патогенное действие вибрации. Мы склонны объяснять значение вибрации нарушением гуморального равновесия, в частности вторичной недостаточностью коры надпочечников, которая имеет место при умеренно выраженной стадии вибрационной болезни [276].

Наркомании явились причинным фактором в 2,4% наблюдений. Развитие половых расстройств при алкоголизме, в большинстве случаев идущее за счет ускоренного обнажения конституциональной половой дефицитарности и неблагоприятных преморбидных черт в структуре личности [175], будет рассмотрено ниже.

Анализ причинных воздействий показывает, что уязвимость психической составляющей возрастает при сочетании дисгармонии пубертата с отдельными неблагоприятными характерологическими параметрами, которые приводят к сенсибилизации личности по отношению к психогениям, и это при наличии длительно действующей психотравмирующей ситуации заканчивается невротическим развитием. В то же время каждый из перечисленных этиологических моментов (дисгармония, акцентуация отдельных характерологических черт, психогении) сам по себе оказывается лишь возможным, но, как правило, недостаточным фактором для возникновения клинических проявлений половой дисфункции. Это положение нашло свое подтверждение в том, что собственно психогении явились причиной сексуальных расстройств только в 5,5% наблюдений.

При стержневом поражении нейрогуморальной составляющей отмечено, что задержка темпов полового созревания часто проявлялась в ранней инволюции, на что указывал еще Нобекур (1924), и такой переход наблюдался в 16,5% наблюдений

из всех 36,5% плюригландулярных форм эндокринных расстройств. Инволюционные процессы ускорялись, чему способствовала сексуальная абстиненция, которая являлась своеобразным катализатором (экспозитивным фактором, по Н. Н. Аничкову). Другим провоцирующим фактором явилась терапевтически не обоснованная гормонотерапия. В качестве одного из частых и прогностически наиболее неблагоприятных сочетаний выступала следующая триада: задержка темпов полового созревания, частые сексуальные абстиненции, терапевтически не обоснованная гормонотерапия.

Следует отметить, что причинная значимость абстиненции различна в зависимости от внутренних условий (почвы, конституции), что находит внешнее проявление в различных стержневых поражениях составляющих копулятивного цикла. Этим, в частности, объясняется недооценка патогенной значимости абстиненций на досистемном этапе сексопатологии. Клинический разбор с использованием преимуществ метода структурного анализа показал (табл. 41), что при стержневых поражениях эякуляторной составляющей доля сексуальной абстиненции выражается цифрой 81%.

Таблица 41

Этиологическая роль абстиненции при поражениях различных составляющих

Составляющие копулятивного цикла	%
Нейрогуморальная	5
Психическая	14
Эякуляторная	81
Всего	100

Наряду с этим при стержневых поражениях психической составляющей абстиненция отмечена в 14%, причем в качестве экспозитивного фактора. Особое значение приобретают сексуальные абстиненции в пожилом возрасте. Так, по данным Д. Д. Вахания [72], изменение стереотипа сексуальной жизни в позднем возрасте (вынужденные абстиненции на 2—5 мес вследствие болезни или смерти супруги, длительных командировок и т. д.) вызывает импотенцию даже у лиц, регулярно совершавших до этого 1—2 половых акта в неделю. В наших наблюдениях, где абстиненция выступала в качестве бесспорного фактора, она обычно нарушала равновесие между способствующими факторами (например, синдромом парацентральных долек) и сдерживающими, компенсирующими факторами

(в частности, торможением пубертатных проявлений) в сторону первых.

Таким образом, эндогенные факторы определяли возникновение сексуальных расстройств в 62% наблюдений. Наибольшие трудности на данном этапе представляет диагностика и поиск этиологических факторов в группе нейрогуморальных поражений, где процент неуточненных факторов был самым высоким. Более определенны причины при двух первых клинических вариантах (IV,1 и IV,2) стержневых поражений эякуляторной составляющей, что, в частности, находит подтверждение и в большем проценте терапевтического успеха.

Следует отметить, что в зависимости от структуры сексуального расстройства одни и те же факторы выступали в разных по значимости ролях. Например, врожденные аномалии структуры личности могут быть и предрасполагающим фактором (при стержневом поражении эякуляторной составляющей) и способствующим (при нейрогуморальном поражении, усугубляя социально-сексуальную изоляцию) и вызывающим — при психопатиях (см. табл. 40).

Сторонники позитивизма и операционализма безуспешно пытаются законы вероятностной причинности подменить функциональной зависимостью, заменить стохастические отношения отношениями жестко детерминированными. Необходимость исследования связей между причинностью и функциональной зависимостью определяется тем, что в естественных науках общее признание причинной обусловленности обычно составляет лишь первый этап исследования. Проведенный анализ показывает, что сексопатология на пути своего становления не может игнорировать изучение причинной зависимости или допускать прямое копирование достижений смежных дисциплин по этому вопросу. Последовательный переход от изучения линейных причинно-следственных отношений к многофакторному анализу, по-видимому, даст возможность уяснить как качественные особенности, так и количественные соотношения взаимодействующих этиологических моментов.

Общая характеристика патогенетических механизмов

Характеризуя самые универсальные закономерности патогенеза, И. В. Давыдовский [93] констатирует, что патогенетические механизмы лежат в пределах физиологических систем организма. Другими словами — это в принципе те же физиологические процессы. При этом основной и самой общей закономерностью патогенеза является принцип саморазвития, что исключает возможность трактовки патологических феноменов как какого-то хаоса.

Протекая типичным образом и в то же время отлично от процесса к процессу (воспаление, рак, тромбоз и т. д.), патогенетические механизмы, как и все биологические феномены, предполагают наличие непрерывной информации нервных центров о сдвигах, возникших в тканях и органах тела, во внутренней среде, крови. Такая информация предполагает последующий афферентный синтез указанных выше факторов и автоматическое регулирование процесса по принципу обратной связи. Это придает всему механизму относительную устойчивость, которая связана также с образованием так называемых порочных кругов, когда тот или иной процесс, возникая по мере развития болезни, сам становится источником, усугубляющим тот же процесс.

Социальные факторы придают проблеме патогенеза ту специфичность, которая позволяет ставить особняком вопрос о патологии человека и о новых, лишь человеку присущих патогенетических закономерностях. Элементы сознания так же, как и весь психо-физиологический уклад личности человека, отражающий в себе моменты социального бытия, придают специфическое своеобразие всей проблеме патогенеза у человека по сравнению с той же проблемой у животных. При этом, однако, социальное при всей его громадной роли не уничтожает значения биологического как важнейшего фактора в патогенезе болезни.

Алкоголизм как причинный фактор половых расстройств у мужчин

Анализ наблюдающихся при алкоголизме типовых моделей взаимодействия между синдромами чисто сексологическими, вторично сексологическими и наркологическими может пролить свет на общие механизмы возникновения половых расстройств. При этом нарушения половых функций являются обычно следствием взаимодействия биологического (соматического) и личностного преморбида с факторами микросоциального окружения.

С целью получения наиболее репрезентативного материала нами наряду с больными, обратившимися непосредственно в отделение сексопатологии, исследовались также больные алкоголизмом, проходившие лечение в психоневрологических диспансерах двух районов Москвы и не искавшие помощи у сексопатолога.

При исследовании отобранных 174 больных алкоголизмом, считавших себя страдающими половыми расстройствами, выявилась внешняя пестрота различных параметров. Возраст больных в период исследования был в диапазоне от юношеского до инволюционного; возраст начала заболевания алкоголиз-

мом и появления первых признаков сексуальной патологии отличался столь же широким диапазоном. Отмечались также большие различия показателей половой конституции и половой активности (как преморбидной, так и после заболевания алкоголизмом), по особенностям профиля личности, по месту, занимаемому сексуальной сферой в шкале ценностных ориентаций, а также в социальном плане (образование, профессия, длительность брака и особенности межличностных отношений супругов).

Отмеченные различия свидетельствовали о неоднородности и широкой клинической вариабельности сочетаний алкоголизма и половых расстройств, что потребовало в дальнейшем группировки больных для уравнивания и последовательной элиминации отдельных факторов.

При глобальном сопоставлении на первом этапе изучения выяснилось, что основными формами поражения сексуальной сферы явились стержневые синдромы расстройств нейрогуморальной (42,8%) и психической (35%) составляющих. Анализ стержневых синдромов показал, что по мере перехода от менее тяжелых к более тяжелым стадиям алкоголизма отмечается четкая тенденция к возрастанию относительной доли синдромов нейрогуморальной составляющей (табл. 42).

Таблица 42

Распределение обследованных по основным видам сексуальной патологии и по стадиям алкоголизма

(в процентах)

Составляющие (стержневые)	Стадии алкоголизма		
	I	II	III
0. Псевдоимпотенция	1,8	8	4,9
I. Синдромы расстройств нейрогуморальной составляющей	30,4	46,5	51,2
III. Синдромы расстройств психической составляющей	44,6	33,8	24,4
IV. Синдромы расстройств эякуляторной составляющей	23,2	11,7	19,5

При анализе развития разных клинических вариантов действия алкоголя на половые функции необходимо учитывать многие признаки, так как при упрощенном подходе могли быть получены выводы типа: самые легкие расстройства при I стадии алкоголизма, а самые тяжелые при III стадии. Однако в клинике, с одной стороны, встречались больные, у которых на начальной стадии алкоголизма отмечались грубые и прогностически неблагоприятные половые расстройства, а с другой — больные с выраженной III стадией алкоголизма, у которых при

сексологическом исследовании половых расстройств не было установлено.

Анализ изученных наблюдений позволил выделить следующие клинические варианты сочетания половой слабости и алкоголизма: случаи, при которых нельзя говорить о прямом патогенном действии алкоголя; случаи, при которых имело место ускоренное в результате алкоголизма развитие половой слабости, и, наконец, случаи выявления половых расстройств после прекращения злоупотребления алкоголем.

Среди обследованных 174 больных алкоголизмом у 13 половых расстройств по существу не было. Вместе с тем именно они наиболее упорно жаловались на «половую слабость», активно стремились попасть на лечение в отделение сексопатологии и обнаруживали наиболее явные психологические признаки страдания по поводу своего «недуга». Эти больные составили 7,5% от общего числа обследованных.

Следует отметить, что среди больных алкоголизмом оказалось меньше больных с псевдоимпотенцией, чем это было установлено Г. С. Васильченко [54] среди исследованных им 1035 больных, не дифференцированных по этиологическому фактору (12,9%). Этот факт следует объяснить большей долей больных с действительными половыми расстройствами.

Больные алкоголизмом с синдромом псевдоимпотенции по сравнению с больными других выделенных групп были значительно старше по возрасту. При анализе этой группы больных обращал на себя внимание и более поздний возраст начала алкоголизма. Важно также подчеркнуть, что развитие алкоголизма у этих больных проходило в более быстром темпе. Начальная (I) стадия алкоголизма развивалась на втором году бытового злоупотребления алкоголем; средняя (II) стадия — через 3—4 года, исходная стадия (III) — через 8—10 лет.

Установление факта относительно более позднего возраста обращения с жалобами на половую слабость наводило на мысль, что снижение половой активности является результатом не патологического, а естественного процесса. Можно было также предположить, что относительно непродолжительное (хотя и тяжелое) заболевание алкоголизмом еще не успело вызвать поражение половой сферы.

Наряду с этим надо особо подчеркнуть, что больные, относящиеся к данной группе, до развития алкоголизма имели относительно высокие показатели половой активности ($К_а$): в среднем для своей группы — 5,66 с максимумом 8,33. Эти больные отличались, по сравнению со всеми другими группами, и своим высоким генотипическим индексом половой конституции ($К_г$); в среднем для группы 4,25, а в некоторых случаях даже более 6.

Это сочетание высокого генотипического индекса половой конституции, относительно позднего возраста заболевания ал-

коголизмом и небольшой его продолжительности, видимо, является главной причиной фактической сохранности полового функционирования (документируемой цифрами СФМ). Наряду с этим в социально-психологической характеристике данных больных четко выступает большая значимость сохранения половых возможностей. Имевшиеся и ранее бедность интересов, примитивность установок, а также концентрация внимания на половых вопросах, обусловленная преморбидно высоким либидо, при II и III стадии алкоголизма, при наличии алкогольного уплощения личности, превращали таких больных в «сексуально акцентуированных».

Имевшееся у части этой группы естественное возрастное снижение половой активности еще не давало основания говорить об импотенции, так как у них отмечалось лишь относительное снижение половой активности по сравнению со свойственным им индивидуально высоким преморбидным уровнем. При этом отмеченная «сексуальная акцентуированность» и большая значимость сохранения высокого уровня половой активности превращали естественное возрастное снижение половой активности в личную «трагедию», что и способствовало формированию псевдоимпотенции.

У другой части больных не удается отметить патогенетической связи между алкоголизмом и имеющимися половыми расстройствами. Эти больные составили вторую подгруппу первого клинического варианта. Среди общего числа обследованных мы смогли отметить только 4 таких случая (2,3%), при этом у всех больных была начальная стадия алкоголизма.

У этих больных еще до начала алкоголизма отмечался низкий индекс половой активности (не более 3,65) и низкий уровень генотипического индекса половой конституции (не более 3,0). Следует отметить, что у больных этой подгруппы, в отличие от больных следующего, наиболее многочисленного варианта, начало алкоголизма не связано с употреблением алкоголя в качестве «средства, укрепляющего половую силу». Здесь причины развития алкоголизма были социально-бытовые. Однако алкоголизация способствовала некоторому улучшению проявлений сексуальности, и эти больные в среднем показали относительное превышение уровня половой активности над конституциональными данными, что находит отражение в дополнительном индексе $К_а/К_г = 1,5$.

Стержневыми синдромами у всех этих 4 больных явились поражения эякуляторной составляющей — первичная патогенетическая дезинтеграция (синдром парацентральных долек). Наряду с этим у больных отмечались признаки синдромов и других составляющих: нейрогуморальной — в виде первичной задержки пубертатного развития и психической — в виде акцентуации отдельных черт личности, сочетающихся с экзогенно провоцированными расстройствами типа неврозов. Одна-

ко поражения этих составляющих не занимали в структуре расстройств ключевые положения (а занимали позиции 2 или 3 в структурной решетке).

В социально-психологическом плане эти больные имели самый низкий, по сравнению с больными других групп, образовательный индекс (не выше 7), выполняли тяжелую неквалифицированную работу (только один — шофер). Микросоциальное окружение больных составляли лица, также злоупотребляющие алкоголем. У них отмечалось отклонение от половой нормы в виде ускоренной эякуляции. Эта жалоба была основной при обращении за помощью к сексопатологу. Очень важно отметить, однако, что ускоренная эякуляция отмечалась у них и до начала алкоголизма, поэтому связать ее с хронической алкогольной интоксикацией нельзя.

* * *

Чаще всего среди обследованных встречался второй вариант, при котором алкоголь ускорил появление половых расстройств.

Больных, отнесенных к указанной группе, объединяют два основных признака: 1) алкогольные напитки рассматривались больными как средство, улучшающее проведение полового акта; 2) имевшее у этих больных место стимулирующее действие алкоголя на половую деятельность неизбежно сменялось по мере развития алкоголизма картиной очевидных сексуальных расстройств.

Как отмечалось, эта группа оказалась наиболее многочисленной (128 больных, т. е. 73,5%). Такое преобладание этой группы над всеми другими, подчеркивая типичность этого сочетания, в то же время предопределяет и внутригрупповую вариабельность (по возрастному составу, возрасту больных при выявлении первых признаков сексуальных расстройств, возрасту начала заболевания алкоголизмом и давности этого заболевания).

Различия у них представляли и стержневые синдромы: синдромы нейрогуморальной составляющей — у 45, психической составляющей — у 55, эякуляторной составляющей — у 28 больных.

Кроме того, у них было наибольшее число сочетанных расстройств, причем сочетание поражений трех составляющих встречалось в 2 раза чаще, чем двух. Важно отметить, что переход к более выраженным стадиям алкоголизма пропорционально увеличивает число пораженных составляющих (феномен чернильного пятна).

Хотя у этих больных поражение нейрогуморальной составляющей как стержневой синдром было на втором месте, число сочетающихся синдромов этой составляющей превышает общее число больных, так как эти синдромы отмечались у всех больных, а в некоторых случаях до 2—3 у одного больного. У этих

же больных были установлены различные синдромы расстройств психической и эякуляторной составляющих. Показатели фенотипического, генотипического индексов половой конституции, индекса половой активности и дополнительного индекса $К_а/К_г$ у них имели большой разброс. Так, индекс $К_г$ при среднеарифметическом показателе 3,07 колебался в пределах от 1,33 до 5,60.

Отмеченные особенности требовали определенной последовательности анализа и раскрытия содержания средних показателей с целью выделения семиологически значимых крайних показателей и определения динамических тенденций. Исходя из этого, мы подвергли анализу показатели генотипического индекса половой конституции ($К_г$) у больных соответственно той стадии алкоголизма, при которой они обращались за помощью к сексопатологу.

Учитывая разный возраст больных (от 18 до 55 лет), различный «стаж» половой жизни и разницу в давности половых расстройств, мы сочли, что для более достоверного сравнения этих больных целесообразнее ориентироваться на индекс $К_г$. Второстепенная роль в данных случаях индекса половой активности обусловлена тем, что возраст вхождения в полосу условнофизиологического ритма (УФР) у многих больных определить не удавалось ввиду того, что они или не имели постоянных половых партнеров, или их брачный стаж еще не давал основания говорить об установившемся ритме.

Определение индекса $К_г$ у больных в зависимости от стадии алкоголизации показало определенные различия. При всем характерном для данной группы большом разбросе $К_г$ этот показатель в своем среднеарифметическом выражении имел определенные тенденции к более высокому уровню в зависимости от стадии алкоголизма: I стадия — 2,44, II стадия — 3,40, III стадия — 3,65. При этом необходимо отметить, что при тенденции к увеличению генотипического показателя от стадии к стадии внутри каждой группы больных с определенной стадией алкоголизма все равно оставался большой разброс в показателе индекса $К_г$, что не давало основания говорить о клиническом единстве этих больных. Однако объединение этих больных по генотипическому индексу, этому реликтовому [63] показателю половой конституции, внутри каждой группы, образованной в зависимости от стадии алкоголизма, дало ключ к упорядочению имеющегося разброса по другим переменным. Подтверждением же факта этого упорядочения служит компактность других показателей, оказавшихся «привязанными» к высоким или низким показателям индекса $К_г$ внутри групп больных соответствующих стадий.

Так, среди больных I стадии алкоголизма с $К_г$ 1,33—2,5 заболевание алкоголизмом падает на средний возраст 20,5 года, с $К_г$ 2,6—3,5 — на 24,3 года и с $К_г$ 3,6—4,5 — на 29,1 года.

Здесь уместно напомнить первую характерную черту больных данной группы. Поводом к употреблению алкогольных напитков явились поиски средств к «укреплению половой силы». Очевидно, больные с более низким показателем индекса Кг уже до начала употребления алкоголя чувствовали свою сексуальную ущербность более остро, чем больные с высокими показателями, что и побудило их к тому, что они раньше прибегали к алкоголю как к «лечебному средству».

Такая же четкая корреляция показателей индекса Кг отмечается у больных первой стадии и в отношении давности алкоголизма, а также возраста больных при обращении: чем ниже Кг, тем меньше «алкогольный стаж» до обращения за помощью к сексопатологу и тем моложе возраст больных в момент обращения.

Учитывая вторую характерную черту больных данной группы (разочарование в стимулирующем действии алкоголя), отмеченная корреляция представляется значимой, так как она показывает, что более низкий показатель индекса Кг связан не только с более ранним началом алкоголизма, но и с более коротким его «стимулирующим» действием и более быстрым выявлением конституциональной слабости, свидетельством чего является более раннее обращение за сексологической помощью. При этом важно подчеркнуть, что срыв «компенсирующего» действия алкоголя происходит уже на I стадии алкоголизма.

Дифференцированный анализ больных по индексу Кг объясняет и разброс в стержневых синдромах. Уже характер жалоб больных I стадии алкоголизма и причин обращения за сексологической помощью коррелирует с имеющимися у них высокими или низкими показателями индекса Кг. С этим же показателем коррелируют и различия в причинах злоупотребления алкоголем.

У больных I стадии алкоголизма с самыми низкими показателями индекса Кг в качестве основного стержневого синдрома обычно выступали расстройства нейрогуморальной составляющей (чаще всего задержка пубертатного развития). Все стержневые синдромы сочетались с синдромами других составляющих, при этом синдром парацентральных долек был здесь вторым по частоте.

Низкий уровень индекса Кг при отмеченных формах функциональных расстройств половой сферы обусловил относительную индифферентность отношения больных к представителям противоположного пола, а при вступлении в половые связи, инициаторами которых в основном были женщины, и жалобы на недостаточную половую возбудимость, слабость эрекции, ускоренную эякуляцию и затрудненность повторных половых актов.

Обманчивый и кратковременный эффект действия алкоголя, к которому больные прибегали по совету «опытных» товари-

щей и женщин, ускоренное выявление преморбидно (до алкоголизации) имевшихся функциональных расстройств половой сферы в результате хронической алкогольной интоксикации быстро приводили больных к необходимости обращения за сексологической помощью.

Иной симптомокомплекс имел место у больных алкоголизмом начальной стадии, но с высокими показателями индекса $К_г$. У этих больных, как отмечалось, зарегистрированы большие сроки злоупотребления алкоголем до выявления половых расстройств и более позднее обращение за помощью к сексопатологу. Стержневыми синдромами у этих больных были синдромы психической и эякуляторной составляющих.

Преобладание нарушений психической составляющей обусловило у этих больных иные причины употребления алкоголя для улучшения проведения полового акта. Больные I стадии с относительно высокими показателями индекса $К_г$ алкоголь в основном рассматривали не как специфическое «сексуально укрепляющее» средство, а как своеобразное психотропное средство, снимающее опасения сексуальной неудачи. Понятно, что преобладание как раз таких причин употребления алкоголя наблюдалось у больных с психопатическими чертами характера и в случаях экзогенных поражений психической составляющей.

Отмеченные на примере больных начальной стадии алкоголизма закономерности прослеживаются в целом и у больных II и исходной стадий алкоголизма.

В среднем у больных алкоголизмом II стадии показатели индекса $К_г$ оказались выше, чем у больных I стадии — 3,4. У этих больных не было показателей индекса $К_г$ ниже 1,6, вместе с тем у 8 больных этот индекс оказался выше 4,6. В целом синдромы составляющих у этих больных были те же, что у больных алкоголизмом I стадии с таким же показателем $К_г$, однако здесь можно отметить усложнение синдрома нейрогуморальной составляющей за счет присоединения диэнцефальных расстройств, а также инволюционных форм, обусловленных более длительной алкоголизацией. При этом фактор времени выявляемости для всех больных практически одинаков, что может показаться парадоксальным, учитывая большой разброс в показателях индекса $К_г$ (от 1,75 до 5,5).

Кроме того, в отдельных случаях сами больные алкоголизмом II стадии обращались за сексологической помощью по поводу расстройств, возникших еще на начальной стадии алкоголизма; объяснение этому парадоксу и подкрепление отмеченной на примере больных I стадии алкоголизма закономерности следует искать в двух истоках отбора клинического материала.

Дело в том, что больные с низким показателем индекса $К_г$, относящиеся к I стадии алкоголизма, сами обратились за сек-

сологической помощью, убедившись в неэффективности (или лишь временной эффективности) стимулирующего действия алкоголя. В противоположность этому больные алкоголизмом II стадии с аналогичными показателями индекса $К_г$ были, как правило, выявлены на приеме у нарколога, к которому они пришли лечиться от алкоголизма, а не от половой слабости.

Анализ развития половых расстройств у этих больных показывает, что больные осознавали свое отличие от сверстников в сексуальном отношении задолго до начала злоупотребления алкоголем, что проявлялось в отсутствии интереса к половым вопросам, влечения к представителям противоположного пола, и что самое главное, сознание этой сексуальной ущербности не было для больных психотравмирующим.

Хотя эти больные также начали употреблять алкоголь с целью «укрепить свою половую силу» и действительно этот эффект в течение некоторого времени отмечали, однако быстро наступивший срыв, обнаруживавший половую слабость еще яснее, не привел этих больных к сексопатологу. Причины этого разные, но одной из главных является отсутствие в микросоциальном окружении «стимуляторов» такого обращения (например, женщина, которая хотела бы видеть в его лице постоянного сексуального партнера).

Такие больные, убедившись в бесполезности «лечения» половой слабости алкоголем и смирившись с ней, продолжали злоупотреблять алкоголем, который, по их мнению, помогал заглушить чувство ущербности.

Больные алкоголизмом II стадии, но с показателями индекса $К_г$, свойственными лицам с условной нормой (3,6—5,5), сами активно искали помощи сексопатолога, так как отмечали сравнительное ухудшение половой активности. Первоначально они обнаруживали пропорциональные показатели индекса половой активности ($К_а$), а также высокие показатели максимальных эксцессов — до 5—6 в состоянии легкого опьянения. Средний возраст вхождения в полосу УФР составлял 35 лет или это происходило на 5—6-м году после женитьбы. У ряда больных отмечался даже больший, чем при условной норме, показатель дополнительного индекса $К_а/К_г$ — 1,5—1,8. Это превышение можно объяснить именно тем, что стимулирование имело место на фоне нормальных генотипически обусловленных конституциональных свойств организма.

Однако обращение к сексопатологу, хотя и в более поздние сроки, тем не менее было обусловлено более быстрым, чем в норме, снижением половой способности (преждевременное развитие инволюционных форм, появление признаков, свидетельствующих о диэнцефальных расстройствах, выраженность урогенитальных расстройств, а также экзогенных синдромов психической составляющей).

* * *

Третий вариант составили 29 больных, сексуальная патология которых отчетливо обнаружилась, как это ни странно, после прекращения употребления алкоголя. Парадоксальность этого клинического явления можно объяснить, ответив на следующие вопросы:

1. Почему половая активность сохранялась, несмотря на длительный прием алкоголя больными?

2. Срыв какого адаптационного механизма половой активности имеет место при прекращении алкоголизации?

Ответ на первый вопрос мы пытались найти в особенностях половой конституции и структуры личности больных.

Среднеарифметические показатели индекса $К_г$ у этих больных были ниже, чем у больных предыдущих клинических вариантов (в частности, при ускорении возникновения половых расстройств в результате алкоголизма). Однако они были более компактными (в пределах 2,6—3,5) и не имели такого разброса.

Таким образом, больные третьей группы не обнаруживали тех наиболее низких показателей половой конституции, которые уже при I стадии алкоголизма выявляют сексуальную патологию. Этим, видимо, можно объяснить, почему только один из больных третьего варианта (как раз с наименьшим показателем индекса $К_г$) обнаруживал признаки начальной стадии алкоголизма, а у остальных больных были более тяжелые стадии этого заболевания.

В то же время конституциональная половая слабость (хотя и пограничная с условной нормой) способствовала тому, что больные замечали «тонизирующее действие» алкоголя и использовали его в своей сексуальной практике.

Второй особенностью рассматриваемой группы было сочетание у всех больных признаков первичной задержки пубертатного развития (в легкой степени) с эндогенными формами расстройств психической составляющей (психопатии, акцентуированность характера). Определяющей чертой характера этих больных была психастеническая неуверенность, мнительность, склонность к фиксации на сексуальных неудачах. У 14 больных психастенические особенности личности обусловили первичное поражение сексуальной сферы, а у 15 способствовали вторичному вовлечению сексуальной сферы в картину сформировавшегося невроза. Отмеченные расстройства психической составляющей способствовали тому, что состояние опьянения снижало страх и неуверенность в удачном исходе полового акта. Первоначально это проявлялось в большей активности больных в поисках сексуальных партнерш, а в последующем способствовало тому, что неудачные половые акты вне состояния опьянения вытеснялись из сознания уверенностью, что

«вино свое дело сделает». Возможность подобного «компенсирующего» действия алкоголя, сглаживающего психастенические черты и снимающего невротическую напряженность, хорошо известна из работ по клинике и динамике психопатий и отклонений у акцентуированных личностей.

Таким образом, больных данного варианта характеризует сочетание умеренной слабости половой конституции и психастенических черт личности, которое оказалось неблагоприятным, поскольку способствовало быстрому образованию устойчивой условнорефлекторной связи «алкогольное опьянение — удачный половой акт» и способствовало «осознанному» злоупотреблению алкоголем, который рассматривался как «верное» лечебное средство.

Эта связь, с одной стороны, являлась фактором, компенсирующим психастенические черты и нормализующим половую активность, с другой — фактором развития алкоголизма.

Успешное противоалкогольное лечение у этих больных, избавляя их от основного недуга, в то же время активно выявляло у них слабость половой конституции и пагубность искусственного стимулирования половой активности алкоголем. Сами больные связывали половые расстройства (ослабление эрекции, ускорение эякуляции и др.) либо с прекращением употребления спиртных напитков, либо с «вредоносным» действием лекарственных средств, среди которых наиболее снижающим потенцию считался тетурам. Временное восстановление половой активности при возобновлении приема алкоголя и ее снижение при алкогольной абстиненции еще более укрепляли уверенность в «целебном» действии алкоголя. Это мнение настолько глубоко укореняется в сознании больных, что их трудно переубедить во время психотерапевтических бесед.

Анализ клинических наблюдений, вошедших в эту группу, показал, что интервал времени между прекращением противоалкогольного лечения в случаях лечения тетурамом и началом половых расстройств лежит в пределах от 2 нед до 4 мес. Поскольку же тетурам задерживается в организме не более 4—6 дней, связать возникновение половых расстройств с непосредственным патогенным действием тетурама на сексуальную сферу не представляется возможным.

Эти же значительные сроки позволяют отвести и два других патогенетических механизма — психогенное влияние страхов перед отрицательными последствиями лечения тетурамом, внушенных другими больными, а также отрицательного влияния триггерных механизмов вынужденной половой абстиненции в период лечения в наркологическом стационаре. Поэтому нам представляется, что при ответе на второй вопрос: срыв какого адаптационного механизма половой активности имел место при прекращении алкоголизации? — следует исходить из факта образовавшейся путем компенсации половой и личност-

ной конституциональной недостаточности устойчивой связи «опьянение — удачный половой акт». Именно одновременный полом двух компенсаторных механизмов приводит к срыву адаптации и обнажению как половой слабости, так и личностной дисгармонии.

* * *

Таким образом, наличие жесткой функциональной зависимости между большей длительностью алкоголизации (или большей тяжестью алкоголизма) и большей тяжестью половых расстройств клинически не подтверждается. Характер патогенного действия алкоголя на половые функции и время развития половых расстройств прежде всего определяется показателями половой конституции и индивидуальными особенностями структуры личности больного и лишь затем — длительностью и стадией алкоголизма. В этом находит подтверждение устойчивость половой системы как одной из наиболее жизненно важных систем организма по отношению к экзогенным вредностям.

По мере перехода к более тяжелым стадиям алкоголизма, отмечается усложнение структуры синдромов половых расстройств, увеличение степени сочетанности поражений, относящихся к разным стержневым формам сексуальной патологии. При этом наибольшее количество развивающихся расстройств относится к нейрогуморальной составляющей. Возможно более раннее прекращение алкоголизма является самым радикальным и действенным фактором снижения темпа развития половых расстройств. Поэтому необходимо активно развенчивать два широко распространенных представления — об алкоголе как средстве, «укрепляющем половую силу», и о противоалкогольных препаратах (в частности, антабусе) — как о факторах, вызывающих половую слабость.

Основные принципы лечения сексуальных расстройств

Наиболее важный показатель работы клинициста — результативность его терапевтического арсенала. И когда Мастерс и Джонсон после двухнедельного лечебного курса получают положительный терапевтический эффект у 81,1% пациентов, 52,3% которых до поступления в их клинику безрезультатно лечились в других учреждениях, это характеризует не только психотерапевтическое искусство названных сексологов, но и обоснованность всей их концепции в самом широком плане [56].

Симптоматический подход, наиболее наглядным образцом которого может служить «Примерный перечень терапевтических мероприятий» [165] для врачевания нарушений эрекции и эякуляции, демонстрирует не только теоретический тупик, но и полную терапевтическую несостоятельность чисто феноменологического направления. В противоположность этому системный подход в сексопатологии характеризуется как высокой результативностью [53, 73, 125, 277 и др.], так и четкостью своих исходных позиций.

Главной особенностью, принципиально отличающей системный подход, является обоснование диагностики и лечения не на выпадении каких-то узко локализованных анатомо-физиологических структур, а на состоянии всей системы в целом. Дикинсон в предисловии к своему фундаментальному труду [342] жаловался, что в США обучение поколений студентов-медиков и больничного персонала было нацелено на патологию при игнорировании нормальной физиологии. Наши отечественные представители локализационизма 54,2% всех сексуальных расстройств у мужчин связывали с так называемой спинальной формой импотенции. Между тем Л. Г. Членовым показано, что даже при полиомиелите необходимо поражение не менее трети всех клеток переднего рога, относящихся к определенной мышце, чтобы проявилась ее функциональная неполноценность, для полного же паралича нужно разрушить 75% клеток [265]. Когда сравниваешь концепции таких исследователей, как П. К. Анохин, К. Прибрам, Н. П. Бехтерева и П. В. Симонов,

наряду с чертами сходства выступают и различия, но различия эти — как в «саду камней» в Киото: с разных точек видны в разных ракурсах все камни, кроме одного и этот один невидимый камень как раз и обусловливает главное различие, общая же картина — соотносима.

Как известно, заполняемая в процессе анализа структурная решетка отражает как поражение, так и функциональную сохранность каждой составляющей. Другими словами, сексологическая диагностика принципиально отличается, например, от диагностики в клинике внутренних болезней тем, что, если в последнем случае врач сравнивает выявляемые симптомы с моделями патологических состояний, то сексопатолог в ходе структурного анализа нацелен прежде всего на норму и, учитывая пораженные структуры, обязан в то же время представить измененные соотношения между функционально сохранными блоками (поскольку именно за счет последних возможно функциональное восстановление).

Разработка самых общих принципов структурного анализа половых расстройств облегчалась благодаря исследованиям школы А. Р. Лурия, которые вывели учение об афазиях (1947) и о других нарушениях высших функций коры головного мозга человека (1948), из тупика узкого локализационизма. Использовав вместо неврологического анализа, ограниченного топической локализацией деструктивных очагов в «центре Брока» и «центре Вернике», анализ функционального взаимодействия не разрушенных, а сохранившихся корковых образований, А. Р. Лурия и его сотрудники разработали принципы эффективной восстановительной терапии. Отвергая крайности как узкого локализационизма, так и эквипотенциализма, с точки зрения которого характер нарушения не зависит от локализации очага и определяется только массой пораженного мозгового вещества, А. Р. Лурия участвует в создании нейропсихологии, опирающейся на теорию функциональных систем: «...Каждая функциональная система является сложным образованием, которое включает в свой состав постоянную (инвариантную) задачу, которая с помощью пластично меняющихся (вариативных) средств (операций) может прийти к постоянному (инвариантному) результату. Именно в силу этого при нарушении какого-либо звена из возможных средств (операций) выполнение задачи может пойти по пути использования иных средств, которые остались сохранными... Речь тут уже идет о процессе перестройки функциональной системы с привлечением сохранных звеньев или, иначе говоря, о процессе передислокации функциональной системы с вовлечением в нее сохранных участков» [157]. В сексопатологии реальные перспективы такой перестройки показаны на самом тяжелом контингенте — на больных с «органическими» поражениями спинного мозга [125].

Следующим важным принципом системного подхода в сексопатологии является принцип индивидуализированной комплексности. Лечение сексуальных расстройств должно быть комплексным по существу, т. е. учитывающим всю структуру заболевания, и направленным не только на стержневой синдром, но и на сопутствующие синдромы, без воздействия на которые нельзя добиться нормализации заболеваний. При составлении плана лечебных воздействий следует прежде всего проанализировать совокупность причинных факторов и добиться устранения всех продолжающих свое действие болезнетворных влияний, обеспечив этиологический характер лечения. Лечение половых расстройств должно также строиться с учетом специфических механизмов как самих выявленных синдромов, так и механизмов их взаимодействия (синдромотаксиса).

Наряду с этим лечение половых расстройств должно учитывать динамику развития патологической структуры и соответственно в нем должны быть выделены этапы. Этапность лечения сексологических расстройств определяется динамическим характером диагностики большинства их форм, что может быть иллюстрировано одним из самых частых примеров — жалобами на ускоренную эякуляцию. В подобных случаях следует прежде всего убедиться, что ускорение эякуляции является истинным: если расстройство диагностируется как псевдоимпотенция, обусловленная первичной аноргазмией у жены, лечебная тактика требует устранения аноргазмии на первом этапе и может потребовать корригирующей психотерапии на втором этапе [29]. Разновидностью этого же синдрома мнимой импотенции является ненаступление оргазма у женщины с пробудившейся сексуальностью при недостаточной длительности копулятивных фрикций, в результате чего к моменту наступления у мужчины эякуляции (с последующей детумесценцией) нервно-сексуальное возбуждение у женщины не достигает того критического уровня, на котором возникает оргазм. В основе наблюдающейся здесь дисгармонии чаще всего лежит простая неосведомленность мужчины и недопонимание им психо-сексуальных особенностей женщины, недооценка роли подготовительной и заключительной фаз коитуса, важности для женщины «музыки слов», качественной мелодии интимного сближения. Основным методом нормализации в этих случаях является соответствующий инструктаж.

Если же ускорение эякуляции является истинным (EPA-I), но отмечается только после периодов вынужденного воздержания (например, у моряка после возвращения из рейсов), приходится в первую очередь предполагать наличие синдрома псевдоимпотенции, обусловленного тем, что интервалы между сношениями непомерно длительны и не соответствуют высокой индивидуальной потребности обследуемого, определяемой его молодым возрастом, сильной половой конституцией и благопри-

ятными условиями жизни (третий клинический вариант — псевдоимпотенция с неадекватной личностной реакцией на физиологические колебания сексуальных проявлений). Решающим аргументом, подтверждающим диагостику этой формы, является полная нормализация длительности сношения в результате установления достаточно высокого уровня половой активности, и для холостого мужчины брак представляет здесь лучшую лечебную рекомендацию.

Если же нормализация ритма не снимает феномен ЕРА, приходится выходить за рамки псевдоимпотенции. Наличие в анамнезе таких патогенных факторов, как сексуальные фрустрации, петтинг, coitus interruptus и т. д., дает основание даже при отсутствии объективных данных, получаемых при ректальном или лабораторном исследовании, предполагать наличие начинающегося уро-генитального расстройства (в форме застойного простатита или «молчаливого простато-везикулизма»). В этих случаях требуется незамедлительное и настойчивое урологическое лечение (основной элемент которого — массаж простаты). Это диктуется необходимостью предупредить утяжеление синдрома с переходом его во вторичную патогенетическую титуляризацию. Эта последняя форма названа вторичной потому, что чаще всего представляет собой конечный этап развития названных выше форм, генетически связанных между собой. Сексуальная абстиненция, порождающая мнимую форму ускоренной эякуляции, если периоды абстиненции затягиваются, может утратить свой невинный характер, и в подобных случаях с установлением регулярных половых отношений, соответствующих индивидуальной потребности пациента, полная нормализация может и не наступить: длительная абстиненция, порождающая irritationes frustranae, способствует развитию «молчаливого простато-везикулизма», застойной простаты и хронического простатита. На этой стадии возникает необходимость в урологическом лечении. В ряде случаев, однако, ни нормализация ритма половой активности (позволяющая отдифференцировать абстинентную форму), ни урологическое лечение (позволяющее отдифференцировать наличие урологического расстройства) уже не дают положительных терапевтических результатов. В таких случаях приходится предполагать, что благодаря наличию обширных нервных связей простаты и plexus prostaticus с сегментарными нервными механизмами, раздражения, вызываемые в простате и прилежащих образованиях самыми незначительными механическими, воспалительными или даже сосудистыми (например, застойными) изменениями, могут иррадиировать на церебральные центры, принимающие участие в регуляции половых функций. Рассматриваемая патологическая импульсация со стороны ирритативных очагов в простате при определенной интенсивности и длительности в силу пластичности, свойственной высшим уровням

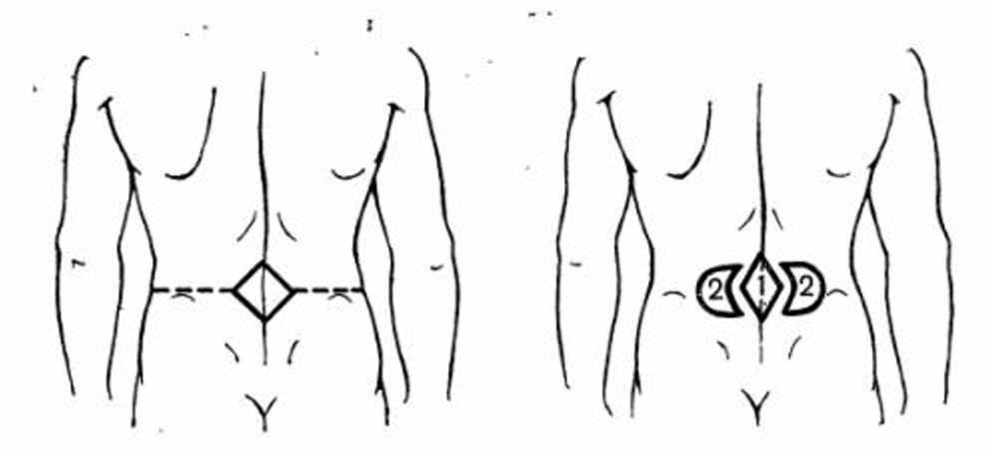


Рис. 72. Зоны хлорэтиловой блокады при лечении синдрома парацентральных долек и вторичной патогенетической дезинтеграции [53].
Слева — основная зона, справа — основная (1) и две дополнительных (2).

нервной системы, может стойко фиксироваться, воздействуя на пороги возбудимости эрекции и эякуляции. Подобная фиксация симптомов, вызванная на первых этапах патологическими изменениями в соматических образованиях, а затем приводящая к выработке стойких энграмм, матричных «отпечатков» этих первично соматогенных ирритаций в центральной нервной системе, и обозначается как синдром вторичной патогенетической титуляризации. После формирования этого синдрома ликвидация очага на периферии, в соматическом органе, уже не приводит к снятию патологической симптоматики; в рассматриваемом частном случае простата как таковая может быть соматически приведена к исходному состоянию, однако нарушения баланса между непосредственно с ней связанными и более отдаленными иннерваторными сегментами, порожденные в разгаре патологического процесса, могут персистировать. Совершенно очевидно, что для ликвидации этих вторичных, чисто нервных изменений требуются иные лечебные средства, соответствующие характеру поражения. Таким лечебным средством является хлорэтиловая блокада (рис. 72). Тот же метод лечения хлорэтиловыми блокадами является патогенетическим в применении к первичной патогенетической дезинтеграции, в основе которой лежит поражение высших кортикальных регуляций мочепузырных и половых функций, или синдром парацентральных долек.

Синдром парацентральных долек имеет с двумя другими синдромами, при которых часто наблюдается изолированное ускорение эякуляций (невроз ожидания и общие неврозы и неврозоподобные состояния), одну общую черту: основным субстратом поражения при всех этих формах является кора головного мозга. В то же время в основе синдрома парацентральных долек лежат нейродинамические нарушения, первично разыгрывающиеся в пределах проекционных кортикальных полей, на уровне которых осуществляются интеграции, проис-

ходящие либо за порогом, либо на пороге сознания и не порождающие глубокой эмоциональной вовлеченности. В противоположность этому при психогенных формах психическая травма, ранящая самолюбие и затрагивающая особо чувствительные стороны личности, предшествует развитию расстройства и является основным этиологическим фактором, формирующим тот патологический комплекс, который и определяет всю клиническую картину. И, наконец, расстройства эякуляции в рамках общего невроза наблюдаются в тех случаях, когда картина невроза вызывается факторами, не связанными с сексуальной сферой; чаще всего это грубые нарушения элементарных гигиенических требований (систематическое недосыпание, изнурительная работа без выходных дней и т. д.), конфликтные ситуации на работе, обострение взаимоотношений с родственниками и т. д. Здесь расстройство обычно дебютирует общеневротическими симптомами (раздражительность, утомляемость, трудность сосредоточения, головные боли, расстройства сна и т. д.), и лишь впоследствии на этом фоне выявляются нарушения сексуального характера. Основной лечебный метод при обеих рассматриваемых формах — психотерапия, вспомогательный — медикаментозное лечение.

И точно так же как запоздание с урологическим лечением может привести к формированию синдрома вторичной патогенетической дезинтеграции и потребовать применения хлорэтиловых блокад, запоздание с применением последних может привести к наслаиванию чисто психогенных расстройств (чаще всего — в форме невроза ожидания, обусловленного систематической психосексуальной травматизацией со стороны женщины) и потребовать трехэтапного лечения: на первом этапе — санация простаты при посредстве лечебного комплекса из местных урологических манипуляций (вплоть до прижигания грануляций), медикаментозных воздействий (антибактериальные средства, при необходимости — препараты, изменяющие местную реактивность) и физиотерапевтических мероприятий (ректальной диатермии или грязелечения); на втором этапе — хлорэтиловые блокады; на третьем этапе — специфическая психотерапия (гипнотерапия, аутогенный тренинг и др.).

Само собой разумеется, что лечение половых расстройств должно отличаться высоким профессиональным уровнем [104]. Профессионализм лечения половых расстройств предполагает понимание той роли, которую в структуре любого сексуального расстройства занимают изначальные или вторичные деформации личности, что определяет значение в сексологической практике активной психотерапии [130] и недопустимость проявлений диагностического и терапевтического редукционизма, т. е. стремления сводить решение сложных клинических задач к трафаретным схемам. Поскольку, однако, эти трафареты в медицине отличаются живучестью, в ходе профессионального

обучения специалистов приходится не только считаться с этой методологической опасностью, но и активно ее преодолевать.

Диагностический редукционизм совершенно автоматически ведет к редукционизму лечебному. Подтверждением непосредственной связи между ними могут служить постулаты сторонников концепции «спинальной формы импотенции». Поскольку, как утверждает В. Д. Кочетков [136], между тремя наиболее частыми формами импотенции «нет непроходимой разницы» и кортикальная или нейрорецепторная формы суть не более чем начальные этапы патологического развития, конечной стадией которого является все та же спинальная форма, то и лечение, естественно, укладывается в единый для всех этих трех основных форм трафарет, варьирующий лишь в деталях. Применяемая сторонниками этой концепции схема лечения (абсолютное половое воздержание на первом этапе с последующим назначением гормональных «стимуляторов») приводит нередко к печальным для больных последствиям [39]. И все же самой частой формой терапевтического редукционизма является рецептомания — глубокая убежденность в волшебной силе магического рецепта. Анализ проявлений рецептомании у больных позволяет выделить как положительные, так и отрицательные стороны наблюдаемого феномена. С одной стороны, предварительная эмоциональная убежденность в том, что лечебная пропись обязательно поможет, формируя соответствующую установку, выступает в роли мощного союзника врача и в одних случаях потенцирует лечебное действие медикаментозного средства, в других — сообщает это действие прописи, им по существу не обладающей. Отрицательной же стороной рецептомании пациента является своеобразный паралич активности, отсутствие готовности систематически противостоять болезненным проявлениям, целенаправленно изменяя привычные формы своего поведения путем избавления от укоренившихся неправильных стереотипов, поддерживающих или создающих патологическое состояние, и формирования новых, способствующих саногенезу действий.

В противоположность рецептомании пациента рецептомания врача проявляется только отрицательно, лишая специалиста возможности не только проводить индивидуализированную психотерапию, но и соблюдать элементарные правила медицинской деонтологии [62]. Любой вид психотерапии требует как квалификации, так и усилий. Самая, казалось бы, простая ее разновидность — рациональная психотерапия — представляет антипод холодного рассуждательства — необходимо не только вскрыть каузальный генез, но и убедить больного, заставить его поверить врачу, принять его доводы не чисто логически, но глубоко эмоционально. Без этого психотерапевтический сеанс не будет иметь того внутреннего последействия в самом больном, без которого нет и не может быть избавления

от невроза или невротической отягощенности, сопровождающей любое заболевание. И все это требует усилий.

Упрощенческие тенденции, впрочем, нередко маскируются внешним разнообразием (например, больному выписывается не один рецепт, а сразу несколько) или призывами к комплексности лечения.

Наилучшим помощником в деле искоренения рецептомании в подобных случаях является динамика наблюдения: врач должен убедиться на конкретном клиническом наблюдении, что у больного с хроническим простатитом даже после санации простаты, достигнутой применением медикаментозных и физиотерапевтических средств и объективно подтвержденной динамикой пальпаторных и лабораторных данных, функциональное улучшение отсутствует, и положительный лечебный результат получается лишь после применения психотерапии.

В настоящее время все более активно разрабатываются различные аспекты коллективной психотерапии, в том числе структура внутригрупповых взаимоотношений на сеансах коллективной психотерапии. В результате квантификационных исследований С. С. Либиху [149, 150] удалось вскрыть динамическую структуру изучавшихся психотерапевтических групп; им было показано, что большие психотерапевтические группы неоднородны и состоят из целого ряда стихийно сложившихся или «спонтанных» (термин С. С. Либиха) групп, численностью примерно соответствующих малым терапевтическим группам. При этом оказалось, что малые терапевтические группы (как терапевтические, так и «спонтанные») также неоднородны: они состоят из активных, ведущих больных («лидеры»), из менее активных, но помогающих лидерам («сублидеры»), из «проводников» эмоциональных и других влияний в группах, из пассивных больных и, наконец, из опять же активных, но негативно настроенных больных («отрицательные лидеры»). Завершением этого анализа структурно-динамических отношений внутри лечебного коллектива явилось выяснение количественной характеристики внутригрупповых связей и влияний.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Аверинцев С. С., Спиркин А. Г.* Любовь.— БСЭ, 1974, т. 15, с. 102—105 (292—301).
2. *Алексеев В. П.* Остеометрия. Методика антропологических исследований. М., «Наука», 1966, 251 с.
3. *Алешин Б.* Предстательная железа. Эмбриогенез, анатомия, архитектоника и гистология, физиология.—«БМЭ», (2-е изд.), 1962, т. 26, с. 589—599.
4. *Амосов Н. М.* Структурный анализ и моделирование сложных систем.— В кн.: Проблемы исследования систем и структур. М., 1965, с. 23—28.
5. *Анохин П. К.* Биология и нейрофизиология условного рефлекса. М., «Медицина», 1968, 547 с.
6. *Анохин П. К.* Узловые механизмы функциональной системы как аппарата саморегуляции.— В кн.: П. К. Анохин. Очерки по физиологии функциональных систем. М., «Медицина», 1975, с. 307—321.
7. *Анохин П. К., Стреж Е. Ф.* Нарушение активного выбора в результате замены безусловного стимула.—«Физиол. журн. СССР», 1933, № 2, с. 280—294.
8. *Арестов Ю. М.* Влияние степени индивидуального полового развития на результаты в функциональных испытаниях двигательной активности у школьников 12—16 лет.— Материалы 10-й Всесоюзной научной конфер. по физиологии, морфол., биомеханике и биохимии мышечн. деятельности, т. 1. М., 1968, с. 22—24.
9. *Арестов Ю. М.* Определение степени индивидуального полового развития подростков по вторичным половым признакам.—«Теор. и практ. физ. культуры», 1970, № 1, с. 35—37.
10. *Арестов Ю. М.* Исследование полового созревания детей и подростков мужского пола в аспекте физического воспитания. Дис. канд. М., 1970.
11. *Аршавская Э. И.* Брачные отношения в мире животных.—«Наука и жизнь», 1974, № 11, с. 154—159.
12. *Аршавский И. А.* Доминантный процесс как механизм целостности в рефлекторных двигательных реакциях на разных этапах онтогенеза.—«Вестн. ЛГУ», 1950, № 9, с. 62—76.
13. *Аршавский И. А.* Беременность у животных.— БМЭ, 2-е изд. М., 1957, т. 3, с. 797—801.
14. *Аршавский И. А.* Очерки по возрастной физиологии. М., «Медицина», 1967, 476 с.
15. *Аршавский И. А.* Этот желанный комфорт . . .—«Наука и жизнь», 1975, № 4, с. 34—40.
16. *Асланян М. М., Лисовая О. И.* Характеристика количественных и качественных показателей семени барана асканийской породы по сезонам года.— В кн.: Труды Укр. науч.-иссл. ин-та животноводства степных районов. Т. 11. Аскания-Нова, 1963, с. 25—33.
17. *Аствацатуров М. И.* Соматические основы эмоций.— В кн.: Аствацатуров М. И. Сборник избранных трудов. Л., 1939, с. 320—334.

18. *Бараш М. С.* Половая жизнь рабочих Москвы.—«Венерол. и дерматол.», 1925, № 6, с. 137.
19. *Бахрах И. И.* Влияние индивидуальных темпов полового созревания на физическое развитие и работоспособность мальчиков 13—16 лет.— В кн.: Материалы 3-й Республик. научно-теор. конф. по физ. воспитанию и спорту детей и молодежи. Вып. 3. Ереван, 1967, с. 143—144.
20. *Башкиров П. Н.* Учение о физическом развитии человека. М., Изд-во Моск. ун-та, 1962.
21. *Белкин А. И.* Клиника и лечение диэнцефальной формы импотенции.— В кн.: Актуальные вопросы сексопатологии. М., 1967, с. 211—230.
22. *Белов Н. А.* Секреторная деятельность простаты и синергетика ее гормонов и тестикулярных в применении к изъяснению патогенеза некоторых заболеваний мужской половой сферы.— «Новое в медицине», 1912, № 6, с. 325—333 и № 7, с. 392—400.
23. *Бехтерев В. М.* Лечение внушением превратных половых влечений и онанизма.—«Обозр. психиатр., неврол. и экспер. психол.», 1898, № 8, с. 587—597.
24. *Бехтерев В. М.* О половых извращениях, как патологических сочетательных рефлексах.—«Обозр. психиатр., неврол. и экспер. психол.», 1914, № 7—9, с. 357—382.
25. *Бехтерева Н. П., Илюхина В. А., Смирнов В. М.* и др. Функциональная организация мозга человека.— В кн.: Актуальные проблемы невропатологии и психиатрии. М., 1974, с. 26—38.
26. *(Бодяжина В. И.) Bodyajina V.* Disorders of sexual development in girls.—In: Recent progress in obstetrics and gynecology. Proc. of the VII World congress of obstetrics and gynaecology, held in Moscow 12—18 August 1973. Amsterdam—Prague, 1974, p. 405—412.
27. *Борисова Н. А.* Определение чувствительности гипофиза зародыша человека к гипоталамическому фактору, освобождающему фолликулостимулирующий гормон.—«Журн. общей биол.», 1968, № 2, с. 244—249.
28. *Боровенская Л. Д.* Функциональные расстройства и сексуальные отклонения у женщин при неспецифических воспалительных заболеваниях гениталий. Дис. канд. Ворошиловград, 1973.
29. *Ботнева И. Л., Нохуров А.* Значение психотерапевтической работы с женами мужчин, страдающих половыми расстройствами. Здравоохр. Туркменистана, 1975, № 9, с. 46—48.
30. *Брейтман М. Я.* Клиническая семиотика и дифференциальная диагностика эндокринных заболеваний. Л., «Медгиз», 1949, 835 с.
31. *Бродский О. Р., Головатенко А. И.* Рентгенологические наблюдения над изменениями в костной системе у инфантиликов.— Сб. тр. Азербайджанск. научно-исслед. ин-та курорт. и физич. методов лечения. Вып. 7. Баку, 1961, с. 240—245.
32. *Бунак В. В.* К вопросу об изменении физических признаков европейского населения в последние десятилетия.—«Русский антропол. журн.», 1923, № 1—2, с. 120—125.
33. *Бунак В. В.* Морфологическое значение аномалий строения человека.—«Русск. антропол. журн.», 1925, № 1—2, с. 1—27.
34. *Бунак В. В.* Возрастные изменения тотальных размеров и основных пропорций тела.— В кн.: Краткие сообщен. о научн. работах НИИ и музея антропологии при МГУ. М., 1941, с. 7—9.
35. *Бунак В. В.* Значение механической нагрузки для продольного роста скелета.—«Изв. естеств.-научн. ин-та им. П. Ф. Лесгафта АПН РСФСР», 1954, вып. 26, с. 63—102.
36. *Бунак В. В.* Изменение относительной длины сегментов скелета конечностей человека в период роста.—«Изв. АПН РСФСР», 1957, вып. 84, с. 13—31.

37. *Бунак В. В.* Об увеличении роста и ускорении полового созревания современной молодежи в свете советских соматологических исследований.— «Вопр. антропол.», 1968, вып. 28, с. 36—59.
38. *Бунак В. В., Клебанова Е. А.* Влияние усиленной механической нагрузки на формирование костей конечностей у растущих животных.—«Арх. анат.», 1960, № 5, с. 43—50.
39. *Буньков А. И., Лившиц О. З.* О недифференцированном назначении тестостерона в клинике сексуальных расстройств.— В кн.: Актуальные вопросы сексопатологии. М., 1967, с. 375—389.
40. *Бурштын С. Е.* Опыт половой анкеты в воинских частях и вузах.— «Профилактич. мед.», 1925, № 6, с. 44.
41. *Вартапетов Б. А.* Биологические и клинические аспекты этиологии и патогенеза климакса у мужчин.— В кн.: «Актуальные проблемы геронтологии и гериатрии». Киев, 1968, с. 63—66.
42. *Вартапетов Б. А., Демченко А. Н.* Состояние половой функции при патологическом климаксе у мужчин.—«Врач. дело», 1968, № 6, с. 84—87.
43. *Вартапетов Б. А., Гладкова А. И., Демиденко Н. С.* Значение термических раздражителей для афферентной импульсации семенников.—«Пробл. эндокринол.», 1967, № 6, с. 97—102.
44. *Васильев В.* Наблюдение над физическими проявлениями половой жизни у женщин киргизок Актюбинской губернии.—«Вестн. здравоохр. Киргизии», 1925, № 8—10, с. 42.
45. *Васильев Г. А., Васильченко Г. С.* Изучение экспериментальных неврозов в США. М., «Медицина», 1954, 60 с.
46. *Васильченко Г. С.* Клинико-диагностическое значение инверзии рефлексогенных зон ахилловых рефлексов.—«Невропатол. и психиатр.», 1950, № 5, с. 92.
47. *Васильченко Г. С.* Проба физиологического толкования нервной импотенции. Дис. канд. Куйбышев, 1952, 253 с.
48. *Васильченко Г. С.* Патогенетические механизмы импотенции. М., Медгиз, 1956, 172 с.
49. *Васильченко Г.* Libido. БМЭ (2-е изд.). М., 1960, т. 15, с. 1019—1022.
50. *Васильченко Г. С.* К методике первичного обследования мужчин, страдающих половыми расстройствами.— В кн.: Актуальные вопросы сексопатологии. М., 1967, с. 103—128.
51. *Васильченко Г. С.* Опыт применения перфокарт, как современного метода систематизации, для депонирования и обработки сексологических данных.— В кн.: Актуальные вопросы сексопатологии, М., с. 163—180.
52. *Васильченко Г. С.* Элементы структурного анализа в применении к мнимой импотенции.— В кн.: Актуальные вопросы сексопатологии, М., с. 183—210.
53. *Васильченко Г. С.* О некоторых системных неврозах и их патогенетическом лечении. М., «Медицина», 1969, 184 с.
54. *Васильченко Г. С.* Квантифицированные характеристики некоторых сексологических проявлений у мужчин. Дис. докт. М., 1970, 637 с.
55. *Васильченко Г. С.* Динамика половой активности мужчины и прогнозирование расстройств потенции.— В кн.: Проблемы современной сексопатологии. М., 1972, с. 69—78.
56. *Васильченко Г. С.* Основные черты клинической концепции В. Мастерса и В. Джонсон.— В кн.: Проблемы современной сексопатологии. с. 126—144.
57. *(Васильченко Г. С.) Vassilchenko G. S.* Structural analysis in the treatment of Sexual disturbances.—"J. Sex. Res.", 1972, v. 8, N 2, p. 140—143.
58. *(Васильченко Г. С.) Vassilchenko G. S.* Sexology as a medical speciality. In: Consultation on the teaching of human sexuality in schools

for health professionals. Geneva, 13—19 September 1972. Final Report, Appendix I.
59. *Васильченко Г. С.* О нормальной продолжительности фрикционной (копулятивной) стадии полового акта.— В кн.: Проблемы сексопатологии и бесплодия. Киев, 1973, с. 28—32.
60. *Васильченко Г. С.* Системный подход в сексопатологии.— В кн.: Проблемы сексопатологии и бесплодия. Киев, 1973, с. 119—123.
61. *(Васильченко Г. С.) Vasilčenko G. S.* Systémovy přistup v sexuálni patologi.—"Čs. Phychiat.", 1973, roc. 69, p. 3—10.
62. *Васильченко Г. С.* Рецептомания как одна из форм терапевтического редукционизма.— В кн.: Вопросы медицинской деонтологии и психотерапии. Тамбов, 1974, с. 354—360.
63. *Васильченко Г. С.* Определение половой конституции мужчины. Методич. рекомендации. М., 1974, 46 с.
64. *Васильченко Г. С.* Общая теория систем и проблемы медицины.— Труды 13-го Междунар. конгресса по истории науки. Секция 1А, II История и перспективы развития системного подхода и общей теории систем. М., «Наука», 1974, с. 164—167.
65. *Васильченко Г. С.* Оргазм. БСЭ. М., 1975, т. 18, с. 472 (1402—1403).
66. *Васильченко Г. С.* Клиническая сексопатология на современном этапе развития. Акуш. и гинекол., 1976, № 2, с. 54—57.
67. *Васильченко Г. С., Лившиц О. З.* Нарушения аппаратов афферентного синтеза и акцептора результата действия в патогенезе дебютантных форм импотенции.— В кн.: Проблемы современной сексопатологии. М., 1972, с. 251—266.
68. *Васильченко Г. С., Решетняк Ю. А.* Опыт исследования межличностных отношений у сексологических больных. В кн.: Проблемы современной сексопатологии. М., 1972, с. 161—174.
69. *Васильченко Г. С., Ланцберг И. А., Лившиц О. З.* Роль хронического простатита в патогенезе половых расстройств.—«Урол. и нефрол.», 1971, № 3, с. 43—46.
70. *Васильченко Г. С., Ланцберг И. А., Лившиц О. З.* Метод структурного анализа расстройств потенции в выяснении патогенной роли хронических простатитов.— Труды 5-й конференции урологов Украинской ССР. Киев, 1971, с. 120—122.
71. *Васильченко Г. С., Ботнева И. Л., Нохуров А.* Первичное обследование женщин, страдающих сексологическими расстройствами. Методич. рекомендации. М., 1975, 26 с.
72. *Вахания Д. Д.* Изменение стереотипа сексуальной жизни как причина импотенции в позднем возрасте.— В кн.: Вопросы сексопатологии. М., 1969, с. 38.
73. *Владимиров-Клячко С. В.* Опыт лечения нарушений половой функции у мужчин.—«Воен.-мед. журн.», 1971, № 9, с. 41—45.
74. *Властовский В. Г., Ямпольская Н. А.* Разработка и экспериментальная проверка межгрупповой шкалы физического развития детей—«Вопр. антропол.», 1964, вып. 17, с. 5—20.
75. *Властовский В. Г., Громбах С. М., Лисицын Ю. П.* Акцелерация. БМЭ (3-е изд.). М., 1974, т. 1, с. 216—219 (648—655).
76. *Вострикова А.* Некоторые данные о рождаемости в СССР.—«Вестн. статистики», 1962, № 12, с. 42.
77. *Вяземский Н. В.* Изменения организма в периоде сформирования (в возрасте от 10—20 лет). Спб., 1901.
78. *Гельман И. Г.* Половая жизнь современной молодежи. Опыт социально-биологического исследования. М.—Л., 2-е изд.—1926.
79. *Геодакян В. А.* О существовании обратной связи, регулирующей соотношение полов.—«Проблемы кибернетики», вып. 13, М., 1965, с. 187—195.
80. *Геодакян В. А.* Роль полов в передаче и преобразовании генетической информации.—«Проблемы передачи информации», 1965, № 1, с. 105—112.

81. *Геодакян В. А., Смирнов Н. Н.* Половой диморфизм и эволюция низших ракообразных.— В кн.: Проблемы эволюции. Под ред. Н. Н. Воронцова. Т. 1. Новосибирск, 1968, с. 30—36.
82. *Геодакян В. А., Шерман А. Л.* Связь врожденных аномалий развития с полом.—«Журн. общей биол.», 1971, № 4, с. 417—424.
83. *Гехман Б. С.* Изменение жизнеспособности сперматозоидов при прохождении их через придаток яичка.— В кн.: 4-й сборник научных трудов 301 ОВГ. Хабаровск, 1959, с. 243—249.
84. *Гехман Б. С.* Неспецифический эпидидимит. М., Медгиз, 1963, 162 с.
85. *Гинзбург В. В.* Об увеличении размеров тела человека в периоде возмужалости.—Тр. Воен.-мед. акад. им. Кирова», Сборник, посвящ. 50-летию научной, педаг. и обществ. деят. В. Н. Тонкова. Вып. 38. Л., 1947, с. 346—358.
86. *Головина Л. Л., Гуманский А. А., Журкова Н. Н.* и др. К вопросу о влиянии тренировочных нагрузок на функциональное состояние организма подростков-легкоатлетов различной степени полового созревания. Материалы 4-й научной конференции по вопросам возрастной морфологии, физиологии и биохимии. М., 1959, с. 91—93.
87. *Голосовкер С. Я.* К вопросу о половом быте современной женщины.—«Казан. мед. журн.», 1925, № 1, (с. 66) и № 2 (с. 179).
88. *Голосовкер С. Я.* О половом быте мужчины. Казань, 1927, 32 с.
89. *Гольдштейн Б. И.* Возрастные изменения молекулярных структур клетки.— В кн.: Основы геронтологии. М., 1969, с. 38—49.
90. *Гольц Е. П. Шейвехман Б. Е.* Влияние адекватных раздражений обонятельного рецептора на изменения слухового порога.— В кн.: Материалы по физиологии рецепторов. М., 1948, с. 30—34.
91. *Граве П. С.* Обсуждение концепции о едином психозе в прошлом и настоящем.—«Журн. невропатол. и психиатр.», 1974, № 7, с. 1109—1112.
92. *Грошев С. И.* Проблема детренированности в сексопатологии.— В кн.: Вопросы сексопатологии. М., 1969, с. 40—41.
93. *Давыдовский И. В.* Патогенез. БМЭ (2-е изд.). М., 1961, т. 23, с. 433—463.
94. *Дежкин В. В., Мараков С. В.* Каланы возвращаются на берег. М., «Мысль», 1973, 221 с.
95. *Дильман В. М.* и др. Элевационный механизм развития, старения и возрастной патологии. Сообщение III. Акселерация развития и возрастная норма.—«Физиология человека», 1975, № 2, с. 352—358.
96. *Дильман В. М.* Элевационный механизм развития, старения и возрастной патологии. Сообщ. I и II. «Физиология человека», 1975, № 2, с. 336—351.
97. *Жбанков Д. Н.* О половой жизни учащихся женщин.—«Врачебн. дело», 1922, № 10—12, с. 225.
98. *Жуковский М. А.* Детская эндокринология. М., «Медицина», 1971, 391 с.
99. *Завадовский М. М.* Пол животных и его превращения. М.—Л., 1923.
100. *Заглухинская Л. И.* Развитие наружных половых органов и вторичных половых признаков у мальчиков школьного возраста.— «Русск. антропол. журн.», 1928, № 3—4, с. 56—72.
101. *Заглухинская Л. И.* Возрастное изменение тестикул.— Труды 3-го Всероссийск. съезда зоологов, анат. и гистол. Л., 1928, с. 330—332.
102. *Загородный П. И.* Диагностическое значение кремастерного и кавернозного рефлексов при нарушениях половой функции.— В кн.: Актуальные вопросы сексопатологии. М., 1967, с. 129—137.
103. *Зарубина Н. А., Бухман А. И.* Состояние костно-суставной системы при церебрально-гипофизарном нанизме (клинико-рентгенологическое исследование).—«Пробл. эндокринол.», 1969, № 4, с. 25—29.
104. *Здравомыслов В. И.* Опыты применения гипноза в акушерстве и гинекологии. Л.— М., «Госмедиздат», 1930, 80 с.

105. *Здравомыслов В. И.* Функциональные сексологические расстройства у женщин, их классификация и терапия.— В кн.: Проблемы современной сексопатологии. М., 1972, с. 409—425.
106. *Зелигман С. Б., Буковская Л. Г., Финити А. С.* О росте нижних конечностей. Тезисы докл. 7-го Всесоюзн. съезда анатомов, гистол., эмбриол. Тбилиси, 1966, с. 462.
107. *Зелькина О. С.* Системно-структурный анализ основных категорий диалектики. Саратов, 1970.
108. *Иванов Н. В.,* Вопросы психотерапии функциональных сексуальных расстройств. М., «Медицина», 1966, 152 с.
109. *Иванов-Смоленский А. Г.* Основные проблемы патологической физиологии высшей нервной деятельности человека. М.—Л., Медгиз, 1933, 574 с.
110. *Инасаридзе Г. З.* Венозная система мочеполовых органов.— В кн.: Атлас периферической нервной и венозной системы. Л., 1949.
111. *Исаев Г. И.* Идея метода экспресс-анализа больного человека.— В кн.: Проблемы личности (Материалы симпозиума). Т. 2. М., 1970, с. 163—182.
112. *Кавыршин А. Я.* Суммационная хронаксия в дифференциальной диагностике поражений вестибулярного аппарата.—«Невропатол. и психиатр.», 1940, № 11, с. 63—67.
113. *Калюжная Р. А., Сердюковская Г. Н.* Роль биологических и социальных факторов в формировании растущего организма. М., 1969.
114. *Камалян В. Ш.* Влияние высоты на соотношение пола потомства.— «Изв. АН Арм. ССР». Биол. и с.-х. науки. 1958, № 4, с. 97—100.
115. *Камалян В. Ш.* Влияние возраста родителей на соотношение пола потомства.—«Журн. общей биол.», 1962, № 6, с. 455—459.
116. *Кардашенко В. Н., Кондакова-Варламова Л. П.* Ускорение процессов оссификации у детей и подростков школьного возраста.— «Вопр. антропол.», 1968, вып. 28, с. 116—132.
117. *Каюмова К. Х.* К клинике и диагностике преждевременного полового развития детей. Автореф. дис. канд. М., 1969.
118. *Клебанова Е. А.* Влияние усиленной мышечной деятельности на кости конечностей молодых животных (экспериментальное исследование).—«Изв. естеств.-научн. Ин-та им. П. Ф. Лесгафта АПН РСФСР», 1954, вып. 26, с. 103—142.
119. *Клебанова Е. А.* Развитие костной ткани и рост костей.— В кн.: Основы морфологии и физиологии организма детей и подростков. «Медицина», 1969, с. 14—31.
120. *Клосовский Б. Н.* Закономерности развития мозга и влияние на него вредных факторов.—«Вестник АМН СССР», 1956, № 5, с. 47—61.
121. *Клосовский Б. Н., Янкова М. Ф., Тамбовцева А. В.* О причинах возникновения некоторых эндокринных заболеваний.—«Вестник АМН СССР», 1965, № 3, с. 25—37.
122. *Клячко В. Р.* О значении коры надпочечников в клиническом синдроме раннего полового созревания.— «Пробл. эндокринол.», 1940; № 3, с. 46—64; и № 4, с. 3—41.
123. *Коган А. Б.* Нейронные ансамбли как элементы конструкции нервного центра.— В кн.: Механизмы объединения нейронов в нервном центре. (5-й симп. по пробл. общей физиологии). Л., 1974, с. 21—27.
124. *Коган А. Б.* Элементарные ансамбли нейронов как функциональные единицы нейронной сети.— В кн.: Системный анализ интегративной деятельности нейрона. М., «Наука», 1974, с. 11—19.
125. *Коган О. Г., Васильченко Г. С., Юнеман И. Я.* Классификация и лечение половых расстройств при травмах и заболеваниях спинного мозга. Методич. пособие. Новокузнецк, 1975, 27 с.
126. *Козлов Г. И.* Особенности клиники и лечения врожденной дисфункции коры надпочечников у взрослых больных. Дис. канд. М., 1974, 197 с.

127. *Кон И. С.* Половая мораль в свете социологии.—«Сов. педагогика», 1966, № 12, с. 64—77.
128. *Кон И. С.* Социология личности. М., «Политиздат», 1967, 383 с.
129. *Кон И. С., Васильченко Г. С.* Половая жизнь. БСЭ, М., 1975, т. 20, с. 238—240 (700—706).
130. *Консторум С. И.* Опыт практической психотерапии. М., 1962, 224 с.
131. *Корик Г. Г.* Половые расстройства у мужчин. Л., «Медицина», 1973, 230 с.
132. *Корик Г. Г.* Хронический простатит. Л., «Медицина», 1975, 167 с.
133. *Костюк П. Г.* Некоторые общие вопросы нейронной интеграции.— В кн.: Механизмы объединения нейронов в нервном центре. (5-й симпозиум по пробл. общей физиологии). Л., 1974, с. 6—12.
134. *Косяков К.* О так называемом женском типе волос на лобке.—«Антропол. журн.», 1932, № 2, с. 138—162.
135. *Кочергин В. Н.* Сравнительные данные сроков окостенения у здоровых людей в период роста и у отягощенных зобной болезнью.—«Сб. тр. Андижанск. мед. ин-та». Ташкент, 1964, вып. 5, с. 44—50.
136. *Кочетков В. Д.* Неврологические аспекты импотенции. М., «Медицина», 1968, 280 с.
137. *Кравков С. В.* Взаимодействие органов чувств. М.—Л., Акад. наук СССР, 1948, 128 с.
138. *Куприянов В. В.* К морфологии органного кровеносного русла.— «Арх. анат.», 1961, № 4, с. 87—98.
139. *Курбатов А. Д.* К проблеме регулирования полов в потомстве животных.— В кн.: Повышение продуктивности сельскохозяйственных животных. Под ред. М. М. Лебедева. М., 1961, с. 98—114.
140. *Куренной Н. В.* Клиническое значение мочеполового венозного сплетения. Киев, «Здоров'я», 1968, 116 с.
141. *Лазаренко А. И., Лившиц О. З.* Получение семенной жидкости методом виброэякуляции.— В кн.: Проблемы современной сексопатологии. М., 1972, с. 216—222.
142. *Ласс Д. И.* Современное студенчество (быт, половая жизнь). М.— Л., «Молодая гвардия», 1928, 216 с.
143. *Лебединская К. С.* Психические нарушения у детей с патологией темпа полового созревания. М., «Медицина», 1968, 156 с.
144. *Левин В. Л.* Некоторые особенности действия стрихнина на изолированные ткани и целые организмы самцов и самок грызунов.— «Докл. АН СССР», 1951, № 1, с. 165—168.
145. *Левин В. М.* Таблицы и номограммы для оценки физического развития подростков Ленинграда (по данным 1957 г.). Л., 1959.
146. *Левина С. Е.* Регуляция секреции гипофизарных гонадотропинов в эмбриогенезе человека.—«Пробл. эндокринол.», 1970, № 3, с. 53—59.
147. *Левина С. Е., Иванова Е. А.* Биологическое определение гипофизарного, лютеинизирующего гонадотропина в эмбриогенезе человека.—«Докл. АН СССР», 1963, № 2, с. 493—496.
148. *Лесгафт П. Ф.* Материалы для изучения школьного возраста.— «Здоровье», 1879/1880, №№ 127, 128, 129, 131.
149. *Либих С. С.* Применение социометрических методов в клинике неврозов.— В кн.: Психологические методы исследований в клинике. Л., 1967, с. 250—264.
150. *Либих С. С.* Коллективная психотерапия неврозов. Л., «Медицина», 1974, 207 с.
151. *Лившиц О. З.* Особенности клиники и патогенеза импотенции у лиц молодого возраста (клинико-эндокринологическое исследование). Дис. канд. М., 1971, 289 л.
152. *Лившиц О. З., Коханенко Э. М.* Исследование функционального состояния эндокринной системы при дебютантных формах импотенции.— В кн.: Проблемы современной сексопатологии. М., 1972, с. 187—204.

153. *Лившиц О. З., Шеметов В. Д.* Необходимый объем урологического обследования больных с половыми расстройствами.— В кн.: Актуальные вопросы сексопатологии. М., 1967, с. 138—150.
154. *Лисицын Ю. П.* Современные теории медицины. М., «Медицина», 1968, 300 с.
155. *Лопырин А. И.* Биология размножения овец. М., «Колос», 1971, 320 с.
156. *Лурия А. Р.* Итоги и перспективы нейропсихологических исследований.—«Журн. невропатол. и психиатр.», 1971, № 6, с. 802—808.
157. *Лурия А. Р.* Советские психологи в годы Великой Отечественной войны.—«Журн. невропатол. и психиатр.», 1975, № 5, с. 757—759.
158. *Ляликов Д. Н.* Цикл статей о Фрейде и фрейдизме в «Философской энциклопедии» (Фрейд», «Фрейдизм», «Психоанализ», «Сублимация» и др. М., 1970, т. 5, с. 410—414, 416—417, 150—151; т. 4; М., 1967, с. 417—419 и др.).
159. *Майоров Ф. П.* К вопросу о влиянии полового возбуждения на высшую нервную деятельность у собак.—«Арх. биол. наук», 1935, № 2, с. 223—241.
160. *Маляревский М. И.* Онанизм с точки зрения врача-педагога. Спб., 1903.
161. *Мамзина Е. А.* Влияние характера спаривания животных на соотношение полов потомства. Дис. канд. Л., 1955.
162. *Менкес Н. А., Мозгов А. А.* Об экспериментальном изучении половых реакций у мужчин и женщин.— В кн.: Проблемы современной сексопатологии. М., 1972, с. 110—125.
163. *Мечников И. И.* Возраст вступления в брак.— В кн.: И. И. Мечников. Сорок лет искания рационального мировоззрения. М., 1913, с. 49—98.
164. *Милованов В. К.* Основы искусственного осеменения. М.—Л., 1934.
165. *Мильман Л. Я.* Этиопатогенез, клиника, симптоматология импотенции.— Гл. IV — в кн.: Л. Я. Мильман. Импотенция. 3-е изд. Л., «Медицина», 1972, 262 с.
166. *Михеев В. В.* Дистрофия миотоника или болезнь Баттен—Штейнерт — Куршмана.—«Невропатол. и психиатр.», 1938, № 7—8, с. 105—107.
167. *Мицкевич М. С.* Железы внутренней секреции в зародышевом развитии птиц и млекопитающих. М., Изд-во АН СССР, 1957, 246 с.
168. *Мицкевич М. С.* Некоторые проблемы развития эндокринных функций в раннем онтогенезе.— В кн.: Гормональные факторы индивидуального развития. М., «Наука», 1974, с. 7—18.
169. *Мотылянская Р. Е.* Некоторые аспекты научного исследования влияния активного двигательного режима в пожилом возрасте.— В кн.: Вопросы геронтологии и гериатрии. Л., 1962, с. 221—229.
170. *(Немилов А. В.) Nemiloff A.* Histo-physiologische Untersuchungen über den Nebenhoden.—"Z. Anat. u. Entwicklungsgeschichte", 1926, Bd 79, S. 1—43.
171. *Немилов А. В.* О природе мужского полового гормона. Труды по динамике развития. Т. 7. М., 1939, с. 29—53.
172. *Нестурх М. Ф.* Половое влечение в природе. М., 1924, 120 с.
173. *Нестурх М. Ф., Алексеева Л. В.* Морфо-физиологические особенности полового цикла у обезьян.—«Сов. антропол.», 1958, вып. 3, с. 71—83.
174. *Новосельский С. А.* Вопросы демографической и санитарной статистики. М., Медгиз, 1958, 216 с.
175. *Нохуров А.* Основные клинические варианты взаимного влияния алкоголизма и половых расстройств у мужчин. Дис. канд. М., 1975, 150 с.
176. *Овсянников С. А.* Исследование психического состояния у больных с половыми расстройствами. Методич. рекомендации. М., 1976.

177. *Оссендовский А. И.* Новый признак, указывающий на онанизм у мальчиков.—«Врач. газета», 1906, № 1, с. 6—7.
178. *Павлов И. П.* Лекции о работе больших полушарий головного мозга. Л., Госиздат, 1927, 371 с.
179. *Паевский В. В.* Об изменении полового состава родившихся во время и после войны.—«Бюллетень Петроградского губстатотдела». 1923, № 6, с. 39—42.
180. *Пеликан Е.* Судебно-медицинское исследование скопчества. Пб., 1875.
181. *Петраков Б. Д.* Психическая заболеваемость в некоторых странах в XX веке. М., «Медицина», 1972, 300 с.
182. *Петренко И. Г.* К вопросу о половой жизни учащейся молодежи.—«Профилактич. мед.», 1925, № 6, с. 30—43.
183. *Платонов К. И.* К учению о природе гипноза и гипносуггестивной терапии как лечебном факторе.—«Совр. психоневрол.», 1926, № 3, с. 132—140.
184. *Платонов К. К.* Социальное и биологическое в человеке.—«Мед. газ.», № 37 (2824) от 6 мая 1969 г.
185. *Поздняков П. М.* Искусственное осеменение овец и мясного скота в Казахстане.—«Животноводство», 1968, № 4, с. 74—79.
186. *Половцева В. В.* Определение скорости продвижения сперматозоидов в эпидидимисе барана.— В кн.: 7-й Кавказский съезд физиологов, биохимиков и фармакологов в Краснодаре. Ростов-на-Дону, 1937, с. 191—192.
187. *Поперечная Л. Н.* О направленности личности подростков с резидуальной органической патологией. Дис. канд. М., 1973, 121 с.
188. *Попов И. А.* Материалы к психогигиене половой жизни мужчины. Дис. канд. М., 1969, 239 л.
189. *Портнов А. А.* Характер «синдромотаксиса» в структуре психоза (критерии синдромологической и нозологической систематики). Материалы 5-го Всесоюзн. съезда невропатологов и психиатров. Т. 1. М., 1969, с. 253—255.
190. *Портнов А. А., Федотов Д. Д.* Неврозы, реактивные психозы и психопатии. М., «Медицина», 1957, 125 с.
191. *Порудоминский И. М.* Половые расстройства у мужчин. М., «Медицина», 1968, 455 с.
192. *Порудоминский И. М., Кочетков В. Д.* Работа кабинета по сексуальной патологии при урологическом отделе Центрального кожновенерологического института.— «Вестн. дерматол.», 1964, № 10, с. 63—69.
193. *Пуссеп Л. М.* О мозговых центрах, управляющих эрекцией полового члена и семяотделением. Дис. докт. Спб., 1912, 180 с.
194. *(Пуссеп Л. М.) Pussep L. M.* Der Blutkreislauf in Gehirn beim Koitus. Dorpat, 1921.
195. *Рабочев В. К.* Как повысить оплодотворяемость овец при использовании сохраненного семени.—«Овцеводство», 1966, № 9, с. 33—36.
196. *Решетняк Ю. А.* Клиника, патогенез и терапия некоторых форм мужской импотенции (с патологией верхних дыхательных путей и обонятельного анализатора). Дис. канд. М., 1971, 198 л.
197. *Решетняк Ю. А.* Структурный анализ мужской импотенции.—«Урология», Киев, 1972, вып. 6, с. 89—91.
198. *Решетняк Ю. А.* Об особенностях преморбидного нервно-психического фона в структуре расстройств потенции.— В кн.: Проблемы совр. сексопатологии. М., 1972, с. 283—295.
199. *Рожановская З. В.* Половое воспитание и просвещение как профилактика сексуальных нарушений у женщин.— В кн.: Психоневрология, психотерапия, психология. Алма-Ата, 1972, с. 139—140.
200. *Рожановская З. В., Свядощ А. М.* К вопросу об оргазме у женщин.— В кн.: Вопросы сексопатологии (материалы научно-практической конференции). М., 1969, с. 128—130.

201. *Рохлин Д. Г.* Костная система при эндокринных и конституционных аномалиях. М.—Л., Гос. мед. изд-во, 1931.
202. *Рохлин Д. Г., Ушакова Г. Н.* и др. Рентгенологические особенности костно-суставного аппарата при синдроме Клейнфельтера.—«Арх. анат.», 1967, № 11, с. 16—20.
203. *Рюриков Ю. Б.* Три влечения. М., «Искусство», 1967, 208 с.
204. *Рюриков Ю. Б.* Любовь и семья сегодня.—«Молодой коммунист», 1975, № 10, с. 89—97 и № 11, с. 83—89.
205. *Рыжков В. Л.* Конъюгация. БСЭ. М., 1973, т. 13, с. 97, (278—279).
206. *Савенко Ю. С.* Тревожные психотические синдромы. Дис. докт. М., 1974, 360 с.
207. *Сальникова Г. П.* Физическое развитие школьников. М., «Просвещение», 1968, 158 с.
208. *Светлов П. Г., Иванова М. В.* Половые различия в выносливости к повреждающим воздействиям у Cyclopodia. «Докл. АН СССР», 1949, № 6, с. 1143—1146.
209. *Светлов П. Г., Светлова М. Г.* Происхождение половых различий повреждаемости в онтогенезе двудомных цветковых растений.—«Докл. АН СССР», 1950, № 5, с. 925—928.
210. *Свядощ А. М.* Неврозы и их лечение. М., «Медицина», 2-е изд. М., 1971.
211. *Свядощ А. М.* О некоторых биологических причинах и о классификации аноргазмии женщины.— В кн.: Вопросы психиатрии, психотерапии, сексологии. Караганда, 1967, с. 119—121.
212. *Свядощ А. М.* К вопросу о физиологических механизмах мотивации. В кн.: Вопросы психиатрии, психотерапии, сексологии. Караганда, 1967, с. 140—142.
213. *Свядощ А. М.* Женская сексопатология. М., «Медицина», 1974, 183 с.
214. *Свядощ А. М.* Половые извращения. БСЭ. М., 1975, т. 20, с. 224 (718—719).
215. *Семенов Б. М.* О несоответствии полового созревания и возраста у лиц мужского пола.—«Судебно-мед. экспертиза», 1966, № 3, с. 31—34.
216. *Сепп Е. К.* Клинический анализ нервных болезней. М.—Л., 1927, 428 с.
217. *Сеченов И. М.* Физиология нервной системы.— В кн.: Физиология нервной системы. Т. 3. М., «Медгиз», 1952, с. 491—496.
218. *Сидамон-Эристави В. Г.* Взаимосвязь полового созревания и физического развития мальчиков. Автореф. дис. канд. М., 1975.
219. *Симонов П. В.* Три фазы в реакциях организма на возрастающий стимул. М., Изд-во АН СССР, 1962, 244 с.
220. *Симонов П. В.* К вопросу о нарастающей тенденции к синтезу наук (о некоторых проблемах современной психофизиологии).— В кн.: Методологические вопросы физиологии высшей нервной деятельности. Л., 1970, с. 19—31.
221. *Симонов П. В.* Высшая нервная деятельность человека. Мотивационно-эмоциональные аспекты. М., «Наука», 1975, 175 с.
222. *Снежневский А. В.* Общая психопатология. Валдай, 1970, 190 с.
223. *Снежневский А. В.* Нозология психозов.— В кн.: Актуальные проблемы невропатологии и психиатрии. М., 1974, с. 156—169.
224. *Соловьева В. С.* Формирование вторичных половых признаков в связи с общим развитием организма подростка.—«Вопр. антропол.», 1964, вып. 16, с. 87—98.
225. *Соловьева В. С.* Материалы к половому созреванию школьников и студентов Москвы.—«Вопр. антропол.», 1964, вып. 17, с. 35—61.
226. *Соловьева В. С.* Морфологические особенности подростков в период полового созревания (в этно-территориальном разрезе). Дис. канд. М., 1966.
227. *Соловьева В. С.* Обзор некоторых гипотез о признаках акселерации.—«Вопр. антропол.», 1967, вып. 26, с. 99—106.

228. *Спасокукоцкий Ю. А., Барченко Л. И., Генис Е. Д.* Долголетие и физиологическая старость. Киев, 1963.
229. *Спасокукоцкий Ю. А., Барченко Л. И., Генис Е. Д.* и др. О биологических основах старения и физиологических особенностях долгожителей.— В кн.: Вопросы геронтологии и гериатрии. Л., 1962, с. 64—71.
230. *Сперанский В. С.* О понятии анатомической нормы.—«Арх. анат.», 1967, № 6, с. 101—107.
231. *Старков И. П.* Физическое развитие воспитанников военно-учебных заведений. Спб., 1897, 187 с.
232. *Старкова Н. Т.* Основы клинической андрологии. М., «Медицина», 1973, 391 с.
233. *Старкова Н. Т., Бухман А. И., Харитонов Е. И.* Состояние костно-суставной системы при мужском гипогонадизме (клинико-рентгенологическое исследование).—«Пробл. эндокринол.», 1969, № 3, с. 3—7.
234. *Струков А. И.* Возрастное развитие позвоночного столба.— В кн.: Анатомические и гистоструктурные особенности детского возраста. М., 1936, с. 55—122.
235. *Струмилин С. Г.* Проблемы экономики труда. М., 1957.
236. *Струнников В. А.* Пол. БСЭ. М., 1975, т. 20, с. 171—174 (501—508).
237. *Судаков К. В.* Биологические мотивации. М., «Медицина», 1971, 304 с.
238. *Сыркин А. Я.* Заметки о «Камасутре». «Труды по знаковым системам», Уч. зап. Тартуского университета. Тарту, 1967, вып. 198, с. 71—80.
239. *Сыркин А. Я.* К оценке «Камасутры» как источника. «Труды по востоковедению». Уч. зап. Тартуского университета. Тарту, 1968, вып. 201, с. 153—169.
240. *Сыркин А. Я., Соколова И. И.* Об одной дидактической традиции в Индии и Китае.— В кн.: Роль традиций в истории и культуре Китая. М., 1972, с. 116—143.
241. *Тарновский В. М.* Половая зрелость, ее течение, отклонения и болезни. Спб., 1886, 210 с.
242. *Тарханов И. Р.* К физиологии полового аппарата у лягушки.— «Русская медицина», 1885, № 30—32, с. 1—26.
243. *Тархнишвили (Тарханов) И. Р.* Долголетие растений, животных и людей.—«Вестник Европы», 1891, № 151 (авг.— сент.), с. 486.
244. *Тихонов В. А., Либерман Л. Л.* Рост и развитие скелета у больных дисгенезией гонад.—«Пробл. эндокринол.», 1966, № 3, с. 38—42.
245. *Топоров В.* Кама-Сутра. Философская энциклопедия. Т. 2. М., 1962, с. 415—416.
246. *Трапезникова М. Ф.* К вопросу о преждевременном половом созревании в связи с опухолями половых желез (андробластомой яичка).—«Пробл. эндокринол.», 1957, № 5, с. 124—128.
247. *Тумилович Л. Г.* О преждевременном половом созревании девочек.—«Вопр. охр. мат.», 1963, № 2, с. 74—80.
248. *Тюков А. И.* Возрастные изменения сосудов пещеристых тел полового члена.—«Арх. пат.», 1967, № 12, с. 29.
249. *Тюков А. И.* Гистопатология и возрастные изменения кровеносных сосудов полового члена человека. Дис. канд. М., 1968.
250. *Уланов Л. А.* Психотерапия психогенных реакций в связи с мастурбацией.— В кн.: Актуальные вопросы сексопатологии. М., 1967, с. 406—413.
251. *Ухтомский А. А.* Доминанта как рабочий принцип нервных центров.—«Русск. физиол. журн.», 1923, № 1—3, с. 31—45.
252. *Ухтомский А. А.* Принцип доминанты.— В кн.: Новое в рефлексологии и физиологии нервной системы. М.—Л., 1925, с. 60—66.
253. *Фролькис В. В.* Регулирование, приспособление и старение. Л., «Наука», 1970, 432 с.

254. *Харьков А. А.* Возрастная рентгеноостеология. Дополн. глава в книге Штефко В. Г. «Возрастная остеология». М.—Л., 1947.
255. *Хить Г. Л.* О возрастной динамике расовых признаков у взрослых. «Труды Ин-та этнографии им. Н. Н. Миклухо-Маклая АН СССР», 1960, вып. 50, с. 42—83.
256. *Ходаков Н. М., Мартынов В. В.* О зависимости сексуальных расстройств при алкоголизме от половой конституции.— В кн.: Проблемы современной сексопатологии. М., 1972, с. 379—382.
257. *Холоденко М. И.* Вопросы классификации и номенклатуры неврозов и смежных состояний.— В кн.: Вопросы психотерапии в общей медицине и психоневрологии. Харьков, 1968, с. 204—205.
258. *Храпковская Н. С., Кончилович Д. Ю.* Половая жизнь рабочих г. Саратова.—«Венерол. и дерматол.», 1929, № 5, с. 78.
259. *Царегородцев Г. И.* Диалектический материализм и медицина. М., «Медицина», 1966, 451 с.
260. *Циммер Я. Б.* Преждевременное половое созревание как симптом поражения головного мозга.—«Журн. невропатол. и психиатр.», 1959, № 7, с. 868—871.
261. *Цицишвили Дж. Р., Васильченко Г. С., Глонти И. Г.* и др. Реестр сексологических признаков для моделирования на ЭВМ.— В кн.: Проблемы современной сексопатологии. М., 1972, с. 223—247.
262. *Чеботарев Д. Ф., Коркушко О. В.* Клинические аспекты адаптации стареющего организма.— В кн.: Приспособительные возможности стареющего организма. Киев, 1968, с. 159—177.
263. *Чигаев Н. Ф.* К вопросу о половой нейрастении.— Юбил. сб. трудов по психиатр. и невропатол., посвящ. В. М. Бехтереву. Спб., 1903, вып. 1, с. 414—418.
264. *Чикин С. Я.* Социальные условия, здоровье и физическое развитие человека. М., 1966.
265. *Членов Л. Г.* Кибернетика и неврология.—«Журн. невропатол. и психиатр.», 1958, № 10, с. 1259—1264.
266. *Членов М. А.* Половая перепись московского студенчества.—«Рус. врач», 1907, № 31—32, с. 1072—1111.
267. *Чумак М. Г.* К гистохимии процесса активации спермиев белой крысы.—«Вестник Моск. университета». Серия биологич., 1957, № 4, с. 39—44.
268. *Шевкуненко В. Н., Геселевич А. М.* Типовая анатомия человека. М.—Л., 1935.
269. *Шелковский В. И.* Половые аномалии с хромосомными и без хромосомных аберраций у детей, их генез. Дис. канд. М., 1968.
270. *Шеповальников Н. П., Поморский Ю. Л.* Возрастно-половые эволютивные особенности школьника. Л., 1927.
271. *Шмальгаузен И. И.* Кибернетические вопросы биологии. Новосибирск, «Наука», 1968, 223 с.
272. *Шмидт Е. В., Канарейкин К. Ф., Бассин Ф. В.* О проблеме причинности в медицине (Роль недостаточности компенсации в возникновении болезни).— «Журн. невропатол. и психиатр.», 1969, № 9, с. 1281—1292.
273. *Штефко В. Г.* Введение в изучение анатомо-физиологических особенностей пубертатного возраста.— В кн.: Основы возрастной морфологии. М., 1933, с. 142—176.
274. *Штефко В. Г., Островский А. Д.* Схемы клинической диагностики конституциональных типов. М.—Л., 1929, 79 с.
275. *Штехелис М. Е.* О роли малосимптомных простатитов в этиологии половых расстройств.— В кн.: Вопросы сексопатологии (Материалы научно-практич. конференции). М., 1969, с. 109—110.
276. *Шурыгин Д. Я., Вязицкий П. О., Кудрин И. Д.* Влияние вибрации и шума на функцию желез внутренней секреции у экипажей военной техники.—«Воен.-мед. журн.», 1975, № 10, с. 50—52.

277. *Юнда И. Ф., Горпинченко И. И.* Состояние нейрогуморального звена регуляции половой функции у больных хроническим простатитом и импотенцией.—«Урол. и нефрол.», 1976, № 2, с. 40—43.
278. *Якобзон Л. Я.* Евнухоидия. Пг., 1913.
279. *Якобзон Л. Я.* Половое бессилие. Пг., 1915 (2-е перераб. и дополн. издание, 1918), 331 с.
280. *Якобзон Л. Я.* Аутоирруманция, как проявление аутоэротизма.— «Врачебная газета», 1917, № 46, с. 615—616.
281. *Якобзон Л. Я.* Половая холодность женщин. Л., 1927, 176 с.
282. *Якобзон Л. Я.* Онанизм у мужчины и женщины. Л., 1928, 290 с.
283. *Ярхо А. И.* О взаимоотношениях роста, веса и окружности грудной клетки и их значении для оценки физического развития человека.—«Русск. антропол. журн.», 1924, № 3—4, с. 83—102.
284. *Бостанджиев Т.* Сексологията в Съветския Съюз.—«Неврология, психиатрия и неврохирургия», София, 1971, № 5, с. 425—426.
285. *Бостанджиев Т.* Полов живот, полови разстройства и неврози.— В кн.: Неврози. Под ред. Н. Антонов. София, «Медицина и физкультура», 1974, с. 67—73.
286. *Матеев Д.* Энергетический заряд человеческого организма, его динамика и возможности приспособления стареющего организма. Пер. с болг.— В кн.: Приспособительные возможности стареющего организма. Под ред. В. В. Фролькиса. Киев, 1968, с. 271—281.
287. *Муравов И.* Мышечная деятельность и приспособительные возможности сердечно-сосудистой и дыхательной систем организма при старении. Пер. с болг.— В кн.: Приспособительные возможности стареющего организма. Под ред. В. В. Фролькиса. Киев, 1968, с. 282—301.
288. *Муравов И.* Двигательный режим и старение.— В кн.: Основы геронтологии. Под ред. Л. Бине и Ф. Бурльера (L. Binet, F. Bourlière). Пер. с франц. М., «Медгиз», 1960, с. 546—568.
289. *Физиология* и патология пубертатного возраста. Под ред. Ф. Братанова и К. Кубата. Пер. с болг. София, «Медицина и физкультура», 1965, 322 с.

290. *Abraham K.* Selected papers on psychoanalysis. London, 1927.
291. *Adler A.* Menschenkenntnis. 5. Aufl. Zürich, 1947.
292. *Adler L.* Die mangelhafte Geschlechtsempfindung. Berlin, 1911.
293. *Adler N., Bermant G.* Sexual behaviour of male rats: effects of reduced sensory feedback. — «J. Compaphysiol Psychol.», 1966, v. 61, p. 240—243.
294. *Agduhr E.* Internal secretion and resistance to injurious factors. — «Acta med. scand.», 1939, v. 99, p. 387—424.
295. *Ananga* Ranga (the) of Kalyana Malla. New York, 1964, 159 p.
296. *Appel J. W.* Incidence of neuropsychiatric disorders in the US Army in World War II. — «Am. J. Phychiat.», 1946, v. 120, p. 433—436.
297. *Asayama S.* Adolescent sex development and adult sex behavior in Japan. — «J. Sex Res.», 1975, v. 11, p. 91—112.
298. *Asdell S. A.* Patterns of mammalian reproduction. Itaka — New York, 1964, 670 p.
299. *Auken K.* Undersøgelser over unge kvinders sexuelle adfaerd. København, 1953, 413 s.
300. *Bayle H., Gougou C.* La fonction spermatogénétique du testicule humain. Paris, 1958.
301. *Beach F. A.* Comparison of copulatory behavior of male rats raised in isolation, cohabitation and segregation.—«J. Genet. Psychol.», 1942, v. 60, p. 121—136.
302. *Beach F. A.* Analysis of factors involved in the arousal, maintenance and manifestation of sexual excitement in male animals. — «Psychosom. Med.», 1942, v. 4, p. 173—198.

303. *Beach F. A.* A review of physiological and psychological studies of sexual behavior in mammals. — «Physiol. Rev.», 1947, v. 27, p. 240—307.
304. *Beach F. A.* Hormones and behavior. New York, 1948, 368 p.
305. *Beach F. A., Holz-Tucker A. M.* Effects of different concentrations of androgen upon sexual behavior in castrated male rats. — «J. Compar. Physiol. Psychol.», 1949, v. 42, p. 433—453.
306. *Beach F. A., Jordan L.* Sexual exhaustion and recovery in the male rat. — «Quart. J. Exp. Psychol.», 1956, v. 8, p. 121—133.
307. *Beach F. A., Whalen R. E.* Effects of intromission without ejaculation upon sexual behavior in male rats. — «J. Compar. Physiol. Psychol.», 1959, v. 52, p. 476—481.
308. *Beach F. A., Wilson J. R.* Mating behavior in male rats after removal of the seminal vesicles.—«Proc. nat. Acad. Sci», 1963, v. 49, p. 624—626.
309. *Beauvoir S.* de. The second sex. New York, 1952, 705 p.
310. *Bensman A., Kottke F. J.* Induced emission of sperm utilizing electrical stimulation of the seminal vesicles and vas deferens. — «Arch. phys. Med.», 1966, v. 7, p. 436—443.
311. *Bergler E.* Premature ejaculation. — In: Sex, society and the individual. Bombay (India), 1953, p. 58—63.
312. *Bermant G.* Effects of single and multiple enforced intercopulatory intervals on the sexual behavior of male rats. — «J. Compar. Physiol. Psychol.», 1964, v. 57, p. 398—403.
313. *Bernard F.* An enquiry among a group of pedophiles.—«J. Sex Res.», 1975, v. 11, p. 242—255.
314. *Bernstein M. E.* Action of genes affecting secondary sex ratio in man. — «Science», 1951, v. 114, N 2953, p. 181—182.
315. *Bingham H. C.* Sex development in apes. — «Comp. Psychol. Monogr.», 1928, v. 5, p. 1—165.
316. *Boeminghaus H.* Transport des Spermas in Vas deferens. — «Verhandlungsbericht der deutschen Gesellschaft für Urologie in Hamburg» (1955). Leipzig, 1957, S. 138—140.
317. *Bors, Comarr A. E.* Neurological disturbances of sexual function with special reference to 529 patients with spinal cord injury. — «Urol. Survey», 1960, v. 10, p. 191—222.
318. *Bose G.* The duration of coitus. — «Intern. J. Psycho-Anal.», 1937, v. 18, p. 235—255.
319. *Braestrup A.* Oigarche. — «Ugeskr. laeg.», 1960, bd 122, s. 440—442.
320. *Brecher E. M.* The sex researchers. London, 1970, 354 p.
321. *Budge K.* Ueber das Centrum genitospinale des N. sympathicus. — «Arch. path. Anat.», 1958, Bd 15, S. 115—126.
322. *Budy A. M., Urist M. R., McLean F. C.* The effect of estrogens on the growth apparatus of the bones of immature rats. — «Am. J. Path.», 1952, v. 28, p. 1143—1167.
323. *Carlsson S. G., Larsson K.* Mating in male rats after local anesthetization of the glans penis.—«Z. Tierpsychol.», 1964, Bd 21, S. 854—856.
324. *Carpenter C. R.* Sexual behavior of free ranging rhesus monkeys (Macaca mulatta). — «J. Compar. Physiol. Psychol.», 1942, v. 33, p. 113—142.
325. *Carr W. J., Loeb L. S., Wylie N. R.* Rosponses to feminine odors in normal and castrated male rats. — «J. Compar. Physiol. Psychol.», 1966, v. 62, p. 336—338.
326. *Casanova J.* Histoire de ma vie. M. 1; Wiesbaden, tome I (1960) — tome VI (1962).
327. *Chang M. C., Sheaffer D.* Number of spermatozoa ejaculated at copulation, transported into the female tract, and present in the male tract of the golden hamster. — «J. Hered.», 1957, v. 48, p. 107—109.
328. *(Chauvin R.) Шовен Р.* Поведение животных. Пер. с франц. М., «Мир», 1972, 487 с.

329. *Christensen H. T.* Handbook of marriage and the family. Chicago, 1964, 1028 p.
330. *Christenson C. V.* Kinsey. A biography. Bloomington/London, 1971, 241 p.
331. *(Comfort A.) Комфорт А.* Биология старения. Пер. с англ. М., «Мир», 1967, 397 с.
332. *(Comfort A.) Комфорт А.* Адаптация и старение клеток.— В кн.: Приспособительные возможности стареющего организма. Пер. с англ. Под. ред. В. В. Фролькиса. Киев, 1968, с. 45—60.
333. *Conti G.* Über das Vorkommen von Sperrvorrichtungen in Arterien mit spezieller Berücksichtigung der «gestielten Pölster» — «Acta Anat.», 1953, Bd 18, S. 234—255.
334. *Cordier G.* La fonction spermatogénétique du testicule humain. Paris, 1958.
335. *Crew F. A.* The genetics of sexuality in animals. Cambridge, 1927.
336. *Culik A., Horačková E., Glücksman I.* Adaptace na různé druhy záterze v závislosti na pyschofiziologickem typu. — «C. Psychiat.», 1970, roc. 66, s. 143—151.
337. *(Darwin Ch.) Дарвин Ч.* Происхождение человека и половой отбор. Пер. с англ. Т. 5. Собр. соч., М.—Л., 1953.
338. *Dearborn L. W.* Autoerotism.—In: Encyclopaedia of sexual behaviour. V. 1. London, 1961, p. 204—215.
339. *Decourt J., Doumic J. M.* I Schéma anthropométrique appliqué à l'endocrinologie. Le «morphotype» masculin. — II. Les variations morphologiques de l'homme normal. — III. L'évolution du morphogramme au cours de l'adolescence. — IV. Le morphotype de la femme.— V. Aspects anthropometriques de l'eunuchoidisme dans les deux sexes. — VI. Aspects anthropometriques du feminisme chez l'homme.—VII. Aspects anthropometriques du virilism chez la femme.—«Sem. Hop. de Paris», 1950, 10 juillet, N 26, p. 2457—2483.
340. *Dewsbury D. A.* A quantitative description of the behavior of rats during copulation. — «Behaviour», 1967, v. 29, p. 154—179.
341. *Dewsbury D. A.* Copulatory behavior in rats: changes as satiety is approached. — «Psychol. Rep.», 1968, v. 22, p. 937—943.
342. *Dickinson R. L.* Atlas of human sex anatomy. Baltimore, 1949, 145 p.
343. *Diderot D.* Suite de l'entretien. Paris, 1769 (edition Garnier Flammarion — 1965, p. 176).
344. *(Donovan П., Werff Ten Bosch J.) Донован Б., Верф Тен Бош Дж., ван дер.* Физиология полового развития. Пер. с англ. М., «Педагогика», 1974, 189 с.
345. *Dörner G.* Sexualhormonabhängige Gehirndifferenzierung und Sexualität. Jena, 1972, 288 S.
346. *Drekopf N. A.* Man makes himself? — «Laboratory Primate newsletter», 1968, v. 7, p. 13—16.
347. *Drysdale Ch.* Elements of social science; or physical, sexual, and natural religion. London, 1854.
348. *Düsing C.* Die Regulierung des Geschlechtsverhältnisses bei der Vermehrung der Menschen, Tiere und Pflanzen. — «J. Jenaische Ztschr. f. Naturwissensch.», 1884, Bd 10, S. 593—940.
349. *Eckhard C.* Untersuchungen über die Erektion des Penis beim Hunde. — «Beitr. Anat. und Physiol.», 1863, Bd 3, S. 123—166.
350. *Effertz O.* Über Neurasthenia sexualis, Physiologie der sexuellen Gemeingefühle. New York, 1894.
351. *Ehrhardt Anke A., Money J.* Progestin-induced hermaphroditism: IQ and psychological identity in a study of ten girls.—«J. Sex. Res.», 1967, V. 3, p. 83—100.
352. *Ellis H.* Studies in the psychology of sex. Philadelphia, 1897 (vol. 1)— 1910 (vol. VII).
353. *(Ellis H.). Эллис Г.* Мужчина и женщина. Этюд о вторичных половых признаках у человека. Пер. с англ. Спб., 1898, 312 с.

354. *(Ellis H.). Эллис Г.* Автоэротизм. Пер. с англ. Спб., 1911, 232 с.
355. *Endröczi E., Lissak K.* Role of reflexogenic factors in testicular hormone secretion. Effect of copulation on the testicular hormone production of the rabbit. — «Acta physiol. Acad. sci. Hung.», 1962, v. 21, p. 203—206.
356. *Exner S.* Physiologie der männlichen Geschlechtsfunktionen.—In: A. Frisch, O. Zuckerkandl. Handbuch der Urologie, Bd I, Wien, 1904, S. 208—265.
357. *Féré C. S.* The evolution and dissolution of the sexual instinct. Paris, 1904.
358. *Frank F.* Recherches sur l'innervation vaso-motrice du penis.— «Arch. physiol. normale et path.», 1895, v. 27, p. 122—153.
359. *(Freud S.) Фрейд З.* Очерки по психологии сексуальности. Психологическая и психоаналитическая биб-ка. Под ред. И. Д. Ермакова. Вып. 8. М.—Пг. (год. изд. не обозначен).
360. *(Furst J.) Фурст Дж.* Невротик, его среда и внутренний мир. Пер. с англ. М., «Изд.-во иностр. лит.», 1957, 375 с.
361. *(Fürbringer P.) Фюрбрингер П.* Расстройства половых функций у мужчин. Пер. с нем. М., 1896, 176 с.
362. *Gebhard P. H.* Female sexuality.—In: The sexuality of women. London, 1970, p. 7—43.
363. *Gebhard P. H., Gagnon J. H., Pomeroy W. B., Christenson C. V.* Sex offenders. London, 1965, 923 p.
364. *Gebhard P. H., Pomeroy W. B., Martin C. E., Christenson C. V.* Pregnancy, birth and abortion. New York, 1958, 282 p.
365. *(Gellhorn E., Loofbourrow G.) Гельгорн Э., Луфборроу Дж.* Эмоции и эмоциональные расстройства. Пер. с англ. М., «Мир», 1966, 672 с.
366. *Gerall A. S.* An exploratory study of the effect of social isolation variables on the sexual behavior of male guinea pigs. — «Anim. Behav.», 1963, v. 11, p. 282.
367. *Giese H. (Hrsg.).* Die Sexualität des Menschen. Handbuch der medizinischen Sexualforschung. 2. Aufl. Stuttgart, 1971, 1096 S. — Рец. «Новые книги за рубежом» (серия В), 1972, № 6, с. 64—67.
368. *Golowinski J.* Beitrag zur Kenntnis vom feineren Bau der Blutgefässe der äusseren männlichen und weiblichen Genitalien. — «Anat. Hefte», 1905—1906, Bd 30, S. 651—666.
369. *Goltz Fr.* Ueber die Funktionen des Lendenmarks des Hundes. — «Arch. gis. Physiol.», 1874, Bd 8, S. 460—498.
370. *Graaf, de R.* De virorum organis generationi inservientibus. Lugduni, 1668.
371. *Greer G.* The female eunuch. London, 1970, 354 p.
372. *Hamilton G. W.* A study of sexual tendencies in monkeys and baboons. — «J. Anim. Behav.», 1914, v. 4, p. 295—319.
373. *Hamilton J. B.* The role of testicular secretions as indicated by effects of castration in man and by studies of pathological conditions and the short life span associated with maleness. — «Recent progr. horm. res.», 1948, v. 3, p. 257—322.
374. *Hamilton J. B.* Studies of growth throughout the lifespan in Japanese: growth and size of hails and their relationship to age, sex, heredity and other factors. — «J. Geront.», 1955, v. 10, p. 401—412.
375. *Harlow H. F.* The nature of love. — «Amer. Psyhcologist», 1958, v. 13, p. 673—685.
376. *Harlow H. F.* Sexual behaviour in the rhesus monkey. — In: Beach F. A. (ed.) Sex and behavior. New York, London, Sydney, 1965, p. 234—265.
377. *Harlow H. F.* Lust, latency. love. Simian secrets of successful sex. — «J. Sex. Res.», 1975, v. 11, p. 79—90.
378. *Harlow H. F., Rosenblum L. A.* Maturational variables influencing sexual posturing in infant monkeys. — «Arch. Sex. Behav.», 1971, v. 1, p. 175—180.

379. *Harlow H. F., Suomi S. J.* Social recovery by isolation-reared monkeys. — «Proc. nat. Acad. Sci.», 1971, v. 68, p. 1534—1538.
380. *Harlow H. F., Dodsworth R. O., Harlow M. K.* Total social isolation in monkeys. — «Proc. nat. Acad. Sci.», 1965, v. 54, p. 90—97.
381. *Harlow H. F., Harlow M. K., Suomi S. J.* From thought to therapy: Lessons from a primate laboratory. — «Amer. Scientist», 1971, v. 59, p. 538—549. Сокращ. пер. на русск. яз. Л. Малаховского.— «Наука и жизнь», 1975, № 2, с. 80—87.
382. *Harper L. V.* The effects of isolation from birth on the social behavior of guinea pigs in adulthood. — «Anim. Behav.», 1968, v. 16, p. 58—64.
383. *Harvey C.* The use of partitioned ejaculates in investigating the role of accessory secretions in human semen. — In: Studies in fertility (Proc. of Soc. for Study of Fert.), Oxford, 1957, p. 3—19.
384. *(Hegel G.) Гегель Г.* Лекции по эстетике.—Соч., т. 13. Пер. с нем., М., 1940, с. 107.
385. *Hertoft P.* Unge maendes sexuelle adfaerd, viden og holdning. København, 1968.
386. *Hildebrandt.* Norm und Entartung des Menschen. Dresden, 1920.
387. *(Hinde R.) Хайнд Р.* Поведение животных. Пер. с англ. М., 1975, 855 с.
388. *Hines M.* The development and regression of reflexes, postures and progression in the young macaque. — Publications of Carnegie Inst., 1942, v. 30, p. 153—209.
389. *Hirschfeld M.* Naturgesetze der Liebe. Leipzig, 1912.
390. *Horney K.* New ways in psychoanalysis. New York, 1939.
391. *Houillon Ch.* Sexualité. Paris, 1969, 197 p.
392. *Hrdlička A.* Growth during adult life. — «Proc. Am. Philosoph. Soc.», 1936, v. 76, p. 847—897.
393. *Hufeland C.* Искусство продлить человеческую жизнь, или макробиотика. Спб., 1856.
394. *Huggins Ch.* The role of the accessory glands in fertility. — In: E. T. Engle (ed.). Diagnosis in sterility. Springfield, 1954.
395. *Huggins Ch. B., Johnson A.* Chemical observations of fluids of the seminal tract. — «Am. J. Physiol.», 1933, v. 103, p. 574—581.
396. *Huggins Ch., Neal W. J.* Coagulation and liquefaction of semen. Proteolytic ensymes and citrate in prostatic fluid. — «Exp. Med.», 1942, v. 76, p. 527—541.
397. *Hynie J.* Lekárska sexuológia. Martin, 1970, 524 s.
398. *Institute* for Sex Research, Indiana University. Bloomington, Indiana, 1970, 30 p.
399. *Irisawa S., Shirai M., Matsushita S.* e. a. Sexual behavior in the Japanese males. — «Tohoku J. Exp. Med.», 1966, v. 2, p. 125—132.
400. *Janata J., Stárka L.* Virilisační syndromy. Praha, 1967, 329 s.
401. *Jersild J.* De paedofile (børne-elskere). København, 1964, 224 s.
402. *Joël Ch. A* Studien am menschlichen Sperma. Basel, 1953.
403. *Johnson J.* Disorders of sexual potency in the male. Oxford, 1968, 116 p.
404. *Jolly H.* Sexual precocity. Springfield, 1955.
405. *Jost A.* Эндокринология плода и развитие нормального организма. — В кн.: Гормональные факторы индивидуального развития. М., 1974, с. 19—29.
406. *Jovanovic U. G.* Sexuelle Reaktionen und Schlafperiodik bei Menschen. Stuttgart, 1972, 292 S.
407. *Jung C.* Über die Energetik der Seele. Zürich, 1928.
408. *Kafemann R.* Illusionen, Irrtümer und Fahrlässigkeiten im Liebesleben des Menschen. Berlin, 1914.
409. *Kahn F.* Das Leben des Menschen: Eine volkstümliche Anatomie, Biologie, Physiologie und Entwicklungsgeschichte des Menschen. Bd 5. Stuttgart, 1931.

410. *Kaijser K.* Sexual infantilism with rudimentory ovaries. — «Acta endocr.» (Kbh.), 1949, v. 3, p. 351—364.
411. *Kalmus H., Smith C. A.* Evolutionary origin of sexual differentiation and the sex-ratio.— «Nature», 1960, v. 186, N 4730, p. 1004—1006.
412. *Kama* Kala par Mulk Raj Anand. Geneve, 1963, 59 p.
413. *Kama* Sutra of Vatsyayana. London, 1963, 168 p.
414. *Karsch F.* Päderastie und Tribadie bei den Tieren auf Grund der Literatur. — «Jahrb. f. Sex. Zwisch.», 1900, Bd 2, S. 126—160.
415. *Kinsey A. C., Pomeroy W. B., Martin C. E.* Sexual behavior in the human male. Philadelphia, 1948, 804 p.
416. *Kinsey A. C., Pomeroy W. B., Martin C. E., Gebhard P. H.* Sexual behavior in the human female. Philadelphia, 1953, 842 p.
417. *Klein M.* Contributions to psychoanalysis, 1921—1945. London, 1948.
418. *Knaus H.* Die Reifung der Spermatozoen in den männlichen Samenwegen. — «Wien. med. Wschr.», 1958, Bd 108, S. 790—791.
419. *Kobayashi D.* Studies on the Sanitary conditions of the people who live in a snowy and cold area. Report 5: Research on the sexual life. — «Transp. Med.», 1959, v. 13, p. 385—386.
420. *Korkud G.* Transport der Samen. — «Verhandlungsbericht der deutschen Gesellschaft für Urologie in Hamburg» (1955). Leipzig, 1957, S. 129—138.
421. *Krafft-Ebing R.* Psychopathia sexualis. Stuttgart, 1886 (12-te Auflage — 1903).
422. *Kratochvil S., Zdimalova M.* Die Angst und das Sexualleben der Frauen.—«Psychiat. Neurol. med. Psychol.», 1968, Bd 20, S. 13—15.
423. *Kraus A. S., Lilienfeld A. M.* Some epidemiological aspects of the high mortality rate in the young widowed group. — «J. Chron. Dis.», 1959, v. 10, p. 207—216.
424. *Kuntz A.* The autonomic nervous system. 3rd ed. Philadelphia, 1945, p. 308—312.
425. *Kunzler E.* Zur Genese der Potenzstörungen. — «Die med. Welt», 1966, Bd 52/53, S. 2821.
426. *(Lack D.) Лэк Д.* Численность животных и ее регуляция в природе. Пер. с англ. М., «Наука», 1957.
427. *L'Allemand C. F.* Des pertes seminales involontaires. Paris, 1836 (vol. 1) — 1842 (vol. III).
428. *Larsson K.* Conditioning and sexual behavior in the male albino rat. Stockholm, 1956, 269 p.
429. *Larsson K.* Aftereffects of copulatory activity in the male rat.—«J. Compar. Physiol.», 1958, v. 51, p. 417—420.
430. *Latham R. M.* Differential ability of male and female game birds to withstand starvation and climatic extremes. — «J. Wildlife Manag.», 1947, v. 11, p. 139—149.
431. *Leary T.* Interpersonal diagnosis of personality. New York, 1957.
432. *Learmouth I. R.* Contributions to neurophysiology of urinary bladder in man. — «Brian», 1931, v. 54, p. 147—176.
433. *Legros C.* Des tissus érectiles et de leur physiologie. Paris, 1866.
434. *Lehfeldt H.* Prague plays host to world in symposium on sexology. — «Medical Tribune», Aug. 12, 1968, p. 20.
435. *Lode A.* Untersuchungen über die Zahlen und Regenerationsverhältnisse der Spermatozoiden bei Hund und Mensch. — «Pflüger's Arch. ges. Physiol.», 1891, Bd 50, S. 278—292.
436. *(Lorenz K.) Лоренц К.* Человек находит друга. Пер. с англ. М., «Мир», 1971, 164 с.
437. *Loven Chr.* Ueber die Erweiterung der Arterien infolge einer Nervenerregung. — «Berichte der Sächsischen Akademie der Wissenschaften». Leipzig, 1866, Bd 18, S. 85—88.
438. *Löwenfeld Z.* Sexualleben und Nervenleiden. Wiesbaden, 1914.
439. *Lundquist F.* Aspects of the biochemistry of human semen. — «Acta physiol. scand.» Suppl. 66, 1949, p. 7—105.

440. *Mace D. R., Bannermann R. H. O., Burton J. (Eds.).* The teaching of human sexuality in schools for health professionals. Public health papers, N 57. World Health Organization. Geneva, 1974. То же на франц. (Geneve, 1974) и испанском (Ginebra, 1975).
441. *Madigan F. C.* Are sex mortality differences biologically caused? — «Milbank Mem. Fund. Quart.», 1957, v. 35, p. 201—223.
442. *Madigan F. C., Vance R. B.* Differential sex mortality: a research design. — «Social Forces», 1957, v. 35, p. 193—199.
443. *Malewska H.* Kulturowe i psychospołeczne determinanty życia seksualnego. Warszawa, 1967, 258 p.
444. *Mann T.* Biochemistry of semen. London, 1955.
445. *Manning A.* Sexual isolation. — In: Psychobiology. Ed. by J. L. McGaugh. New York, London, 1971, p. 42—47.
446. *Marshall D. S., Suggs R. C.* (ed.) Human sex behavior. Variations in the ethnographic spectrum. New York/London, 1971.
447. *Martin R., Saller K.* Lehrbuch der Anthropologie in systematischer Darstellung. Dritte Aufl. Stuttgart, 1956—1964 (I. Aufl. — 1928, Jena).
448. *Masters W. H., Johnson V. E.* The sexual response cycle of the human male and female: Comparative anatomy and physiology. — In: Beach F. A. (ed.) Sex and behavior. New York — London, 1965, p. 512—533.
449. *Masters W. H., Johnson V. E.* Human sexual response. Boston, 1966, 366 p.
450. *Masters W. H., Johnson V. E.* Human sexual inadequacy. Boston, 1970, 467 p.
451. *McKenzie F. F., Berliner V.* The reproductive capacity of rams. — «Univ. Missouri Agric. Exper. Sta. Res. Bull.», 1937, v. 265, p. 1—143.
452. *Mellan J.* Vyšetřovaci schéma sexuálnich poruch u muzu. — «Csk. Psychiat.», 1964, N 5, S. 326—331.
453. *Menninger K., Mayman M., Pruyser P.* The vital balance. New York, 1963, 531 p.
454. *Michael S. T.* Neurotic symptoms in an urban population. — In: Neuroses (I. Congressus psyhiatricul bohemoslovenicus cum particip. intern. 1959). Praha, 1961, p. 163—169.
455. *(Milcu Şt.-M., Dănilă-Muster A.) Милку Шт.-М., Дэнилэ-Мустер А.* Гинекологическая эндокринология. Пер. с рум. Бухарест, 1973, 484 с.
456. *Mislavski und Bormann.* Die Sekretionsnerven der Prostata. — «Zbl. Physiol.», 1898, Bd 6, S. 181—190.
457. *Moll A.* Untersuchungen über die Libido sexualis. Berlin, 1897, 872 S.
458. *(Molnár J.) Молнар Е.* Общая сперматология. Пер. с венг. Будапешт, 1969, 294 с.
459. *Money J.* Sex hormones and other variables in human eroticism. — In: Young W. C. (ed.) Sex and internal secretions. 2 vols (3rd ed.) Baltimore, 1961, p. 1383—1400.
460. *Money J.* Determinants of human sexual behavior. — In: Freedman A. M., Kaplan H. I., Kaplan H. S. Comprehensive textbook of psychiatry. 2nd ed. Baltimore, 1969.
461. *Money J., Hampson Joan G., Hampson John L.* Hermaphroditism: recommendations concerning assignent of sex, change of sex, and psychologic management. — An examination of some basic sexual concepts: the evidence of human hermaphroditis. — «Bull. J. Hopkins Hospital», 1955, v. 97, N 4, p. 284—319.
462. *Morant G. M.* Secular changes in the heights of British people. — «Proc. Roy. Soc.», 1950, v. 137, p. 443—452.
463. *Morscher E.* Strength and morphology of growth cartilage under hormonal influence of puberty. Animal experiments and clinical study on the etiology of local growth disorders during puberty. — «Reconstr. Surg. & Traumatol.», 1968, v. 10, p. 96—104.
464. *Munro D., Horne H. W. Jr., Paull D. P.* The effect of injury to the spinal cord and cauda equina on the sexual potency of men. — «New Eng. J. Med.», 1948, v. 239, Dec. 9, p. 903—911.

465. *Müller L.* Klinische und experimentelle Studien über die Innervation der Blase, des Mastdarmes und des Genitalapparates. — «Dtsch. Z. Nervenheilk.», 1901, Bd 21, S. 86—155.
466. *Müller L. R.* Lebensnerven und Lebenstriebe. Berlin, 1931.
467. *Neumann F., Elger W.* Proof of the activity of androgenic agents on the differentiation of the external genitalia. — «Excerpta Med.», Int. Cong. Ser., 1965. N 101, p. 168.
468. *Neumann F., von Berswordt-Wallrabe R., Elger W. e. a.* Activities of Antiandrogens: experiments in prepuberal and puberal animals and in foetuses. — In: Tamm J. (ed.). Testosterone (Proceedings of the Workshop Conference). Stuttgart, 1968, p. 134—143.
469. *Nikolsky P.* Ein Beitrag zur Physiologie der Nervi erigentes. — «Arch. Anat. Physiol.», 1879, S. 209.
470. *Nold F.* Körpergrösse and Akzeleration. — «Wehrdienst u. Gesundh.», 1963, Bd 8, S. 1—70.
471. *(Orlowsky P.) Орловский П.* Половая слабость мужчины. Пер. с нем. М., Изд-во Наркомздрава РСФСР, 1928, 207 с.
472. *Ortavant R.* Determination de la vitesse de transfert des spermatozoides dans l'épididyme de Bélior à l'aide de P[32]. — «C. R. Soc. Bol.», 1954, v. 148, p. 866—868.
473. *Phoenix Ch. H., Goy R. W., Gerall A. A., Young W. C.* Organizing action of prenatally administered testosteron propionate on the tissues mediating mating behavior in the female guinea pig. — «Endocrinology», 1959, v. 65, p. 369—382.
474. *Piaget J.* Problèmes de psychologie génétique. Paris, 1972.
475. *Podlaska Z., Zdunkiewicz L.* Morfogramy jako metoda oceny rozwoju fizycznego mlodzieży w okresie dojrzewania.—"Endokr. pol.", 1961, N 12, p. 349—361.
476. *Potts I. F.* The mechanism of ejaculation.—"Med. J. Aust.", 1957, N 1, Apr. 13, p. 495—497.
477. *Raboch J.* Studies on the Sexuality of women.—In: The sexuality of women. London, 1970, p. 47—94.
478. *Racy J.* Ten misuses of sex.—"Medical aspects of human sexuality", 1971, v. 5, p. 136—145.
479. *Reich W.* The function of the orgasm. Sex-economic problems of biological energy. New York, 1942, 368 p.
480. *(Rohleder H.) Роледер Г.* Физиология и патология полового акта и зачатия. Пер. с нем. М., 1927, 210 с.
481. *Rose T. F.* Sudeck's post-traumatic osteodystrophy of limbs.—"Med. J. Aust.", 1953, N 1, p. 185—188.
482. *Rosenblatt J. S.* Effect of experience on sexual behavior in male cats.— In: Beach F. A. (ed.). Sex and behavior. New York, London, Sidney. 1965, p. 416—439.
483. *Rosenblatt J. S., Aronson L. R.* The decline of sexual behavior in male cats after castration with special reference to the role of prior sexual experience.—"Behaviour", 1958, v. 12, p. 285—338.
484. *Rosenblatt J. S., Aronson L. R.* The influence of experience on the behavioural effects of androgen in prepuberally castrated male cats.— "Anim. Behav.", 1958, v. 6, p. 171—182.
485. *Rudder (de) D.* Schlusswort zur Diskussion über das Akzelerationsproblem.—"Dtsch. med. Wschr.", 1961, Bd 86, S. 224—225.
486. *Saul L. J.* Emotional maturity. Philadelphia—Montreal, 1947 (2nd ed.— 1960), 339 p.
487. *Schinz H. R., Slotopolsky B.* Experimentelle und klinische Untersuchungen des Hodens.—In: Abderhalden E. Handbuch der biochemischen Arbeitsmethoden, Bd 3, Berlin—Wien, 1927.
488. *Schirren C.* Fertilitätsstörungen des Mannes. Diagnostik, Biochemie des Spermaplasmas, Hormontherapie. Stuttgart, 1961.
489. *Schirren C.* Praktische Andrologie. Berlin, 1971, 98 S.

490. *Schnabl S.* Intimverhalten. Sexualstörungen. Persönlichkeit. Berlin, 1972, 478 S.
491. *Schonfeld W. A.* Primary and secondary sexual characteristics: study of their development in males from birth through maturity, with biometric study of penis and testes.—"Am. J. Dis. Child.", 1943, v. 65, p. 535—549.
492. *Schwarz O.* The psychology of sex. Baltimore, 1963, 288 p.
493. *Scott G. R.* Phallic worship. Manchester—London, 1966, 255 p.
494. *Scott W. W., Huggins Ch.* The acid phosphatase activity of human urine, an index of prostatic secretion.—"Endocrinology", 1942, v. 30, p. 107—112.
495. *Seckel H. P. G.* Precocious sexual development in children.—"Med. Clin. N. Amer.", 1946, v. 30, p. 183—209.
496. *Semans J. H., Langworthy O. R.* Observations on neurophysiology of sexual function in male cat.—"J. Urol.", 1938, v. 40, p. 836—846.
497. *Sex-ratio.* Encyclopaedia Britannica, 1960, v. 20, p. 415—418.
498. *Sexuologie.* Geschlecht, Mensch, Gesellschaft. In 3 Bänden. Bd I— Hrsg. von Hesse P. G. und Tembrock G. Leipzig, 1974, 584 S.
499. *Sheps M. C.* Marriage and mortality.—"Am. J. pybl. Hlth.", 1961, v. 51, 547—555.
500. *(Shirokawa T.) Сирокава Т.* Можно ли изменить соотношение полов у кур? О действии метиландростендиола. Ниватори — но Кэнкю, 1957, т. 32, № 11, с. 44—48.—Реф.: «Реф. журн., Биология», 1958, № 19, 88159.
501. *Short R. V.* Sex determination and differentiation.—In: Austin C. R., Short R. V. (ed.), Reproduction in mammals. Book 2. Embryonic and fetal development. Cambridge, 1972.
502. *Silberberg M., Silberberg R.* Influence of the endocrine glands on growth and aging of the skeleton.—"Arch. Path.", 1943, v. 36, p. 512—534.
503. *Silberberg M., Silberberg R.* Further investigations on the effect of the male sex hormone on endochondral ossification.—"Anat. Rec.", 1946, v. 95, p. 97—117.
504. *Silverman H. L. (ed.)* Marital Counseling. Springfield, 1967, 530 p.
505. *Sjöstrand N. O.* The adrenergic innervation of the vas deferens and the accessory male genital glands.—"Acta physiol. scand.", 1965, Suppl. 257, 82 p.
506. *(Stendal, H. de). Стендаль Анри, де.* О любви. Пер. с франц. М., 1915, 299 с.
507. *Stern C.* Principles of human genetics. London, 1960.
508. *Stieve H.* Mannliche Geschlechtsorgane.—In: Möllendorff. Handbuch der mikroskopische Anatomie. Berlin, 1930.
509. *Stratz L.* Der Körper des Kindes und seine Pflege. Stuttgart, 1903.
510. *Sundt E.* Om. giftermål i Norge. Christiania, 1855. (Юбилейное переиздание, 1967. Oslo, Askim Boktykkeri, 244 s.).
511. *Suomalainen E.* Parthenogenesis in animals.—"Advances in Genetics", 1950, N 3, p. 193.
512. *Symposium* sexuologicum pragense. A Collection of Lectures Delivered at the International Congress. Prague—June 1968. Universita Karlova, Praha, 1969, 305 p.
513. *Szillard L.* Dependence of the sex ratio at birth on the age of the father.—"Nature", 1960, v. 186, N 4725, p. 649—650.
514. *Tanner J. M.* Growth at adolescence. 2nd ed. Oxford, 1962.
515. *(Teter J.) Тетер Е.* Гормональные нарушения у мужчин и женщин. Пер. с польск. Варшава, 1968, 700 с.
516. *(Tinbergen N.) Тинберген Н.* Осы, птицы, люди. Пер. с англ. М., «Мир», 1970, 334 с.
517. *(Tinbergen N.) Тинберген Н.* Мир серебристой чайки. Пер. с англ. М., «Мир», 1974, 272 с.

518. *Toothill M. C., Young W. C.* The time consumed by spermatozoa in passing through the ductus epididymidis of the guinea pig as determined by means of India-ink injections.—"Anat. Rec.", 1931, v. 1, p. 95—107.
519. *Trainer J. B.* Physiologic foundations for marriage counseling. Saint Louis, 1965, 287 p.
520. *Valenstein E. S., Goy R. W.* Further studies of the organization and display of sexual behavior in male guinea pigs.—"J. Compar. Physiol. Psychol.", 1957, v. 50, p. 115—119.
521. *Van de Velde Th.* Die vollkommene Ehe. Leipzig, 1926, 295 S.
522. *Van de Velde Th.* Die Erotik in der Ehe. Zürich, 1928, 54 S.
523. *Van Duzen R. E., Slaughter D., White B.* The effect of presacral neurectomy on fertility of man and animals.—"J. Urol.", 1947, v. 57, p. 1206—1211.
524. *Vanggaard Th.* Phallós. København, 1969, 238 S.
525. *Vore, de I. (ed.)* Primate behavior. New York, 1965, 654 p.
526. *Waldeyer W. G.* Das Becken, topografisch-anatomisch mit besonderer Berücksichtigung der Chirurgie und Gynäkologie dargestellt. Bonn, 1899.
527. *Walker G.* Beitrag zur Kenntniss der Anatomie und Physiologie der Prostata nebst Bemerkungen über den Vorgang der Ejaculation.—"Archiv. für Anatomie und Physiologie", anat. Abteil., 1899, H. 5—6, 313—352.
528. *Walker G.* A special function discovered in a glandular structure hitherto supposed to form a part of the prostate gland in rats and guinea pigs.—"John Hopkins Hosp. Bull.", 1910, v. 231, p. 182—192.
529. *Wells H. G., Huxley J. S.* The science of life. New York, 1931.
530. *(Wells H. K.) Уэллс Г. К.* Крах психоанализа. Пер. с англ. М., «Прогресс», 1968, 287 с.
531. *Whalen R. W., Beach F. A., Kuehn R. E.* Effects of exogenous androgen on sexually responsive and unresponsive male rats.—"Endocrinology", 1961, v. 69, p. 373—380.
532. *Whitelaw G. P., Smithwick R. H.* Some secondary effects of sympathectomy.—"New Engl. J. Med.", 1951, v. 245, p. 121—130.
533. *(Wolański N.) Воляньский Н.* Способ оценки темпа, ритма и гармоничности роста детей. (Пер. с польск.)—«Вопр. антропол.», 1962, вып. 10, с. 88—97.
534. *Young W. C.* The influence of high temperature on the guinea-pig testis. Histologic changes and effects on reproduction.—"J. exp. Zool.", 1927, v. 49, p. 459—465.
535. *Young W. C.* A study of the function of the epididymis. III. Functional changes undergone by spermatozoa during their passage through the epididymis and vas deferens in the guinea pig.—"J. exp. Biol.", 1931, N 8, p. 151—162.
536. *Zeissl M., Holzknecht.* Der Blasenverschluss im Röntgenbild.—"Wiener med. Blätter", 1885, Bd 15.
537. Shiniti Asayama. Gendai gakuseino seikodo. Tokyo, 1949, 346 p.

ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

[1] Полужирным шрифтом выделены страницы, на которых данное понятие представлено наиболее полно.

ЦИФРОВОЙ УКАЗАТЕЛЬ БИБЛИОГРАФИИ [1]

[1] Первая цифра означает номер библиографического источника, все последующие цифры — номера страниц руководства, на которых цитируется данный источник.

General sexopathology. Manual for medical professionals. Edited by G. S. VASSILCHENKO.Moscow, "Medicina", 1977, p.

BY G. S. VASSILCHENKO, I. L. BOTNEVA, A. NOKHUROV, Y. A. RESHETNYAK, S. A. OVSYANNIKOV.

The sole principle underlying the given Manual is the clinical method of structural analysis of sexual disturbances. The above method is based on the general system theory approach and provides a detailed clinical diagnosis allowing for the interaction of psychics, elementary nervous regulations, hormonal provision and uro-genital apparatus taken together. The book reflects the contemporary level of sexopathology development, and provides the reader with a systematized account of the best research achievments both here and abroad. It sheds light on the entire range of theoretical problems and practical skills needed to render medical aid to patients suffering from sexual disturbances. The book gives a strict succession of notions, from the simplest ones to the most complicated problems of sexological diagnosis and treatment. The reader will find here biological foundations, anatomo-physiological and psychological features of the sexual phenomena for both sexes, methods of medical investigations, semiotics, etiology, pathogenesis and the treatment principles of sexual disturbances.

The manual is intended for sexopathologists and specialists of adjacent fields, such as neuropathologists, psychiatrists, endocrinologists, urologists, gynecologists etc.

The manual includes 72 illustrations, 42 tables and a bibliography list of 537 items. Besides there are per-page indexes of subject matters, bibliographic sources, figures, tables and clinical descriptions.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Общая сексопатология

ИБ № 1323

ОБЩАЯ СЕКСОПАТОЛОГИЯ

Редактор *А. В. Бруенок*
Технический редактор *З. А. Романова*
Корректор *Л. П. Тарарина*
Художественный редактор *Д. Х. Салахутдинова*
Переплет художника *К. Е. Остольского*

Сдано в набор 24/III 1977 г. Подписано к печати 11/VIII 1977 г. Формат бумаги $60 \times 90^1/_{16}$ 30,5 печ. л. (условных 30,5 л.) 32,85 уч.-изд. л. Бум. тип. № 2. Тираж 25 000 экз. МН-77. Цена 2 р. 20 к.

Издательство «Медицина». Москва, Петроверигский пер., 6/8. Заказ 1630

Московская типография № 11 Союзполиграфпрома при Государственном комитете Совета Министров СССР по делам издательств, полиграфии и книжной торговли. Москва, 113105, Нагатинская, 1.